Hintergrundwissen und Handwerkszeug

Wie gehe ich damit um, wenn jemand Stimmen hört? Was muss ich tun bei Selbstverletzungen? Woher weiß ich, ob jemand krank oder einfach nur unmotiviert ist? Dieses Buch liefert die Antworten.

Wer mit psychisch kranken Menschen arbeitet, wird häufig mit Verhaltensweisen oder Symptomen konfrontiert, die fremd wirken und nur schwer zu verstehen sind. Das kann verunsichern und überfordern.

Die Autoren vermitteln Hintergrundwissen, das uns die Logik psychischer Krankheiten verstehen lässt. Sie erklären, wie psychische Störungen entstehen und welche Bedingungen ihre Genesung beeinflussen. Wir erhalten das Handwerkszeug, das für den Umgang im Alltag hilfreich ist und erfahren, welche Selbsthilfestrategien wirksam sind. Diese Krankheitsbilder werden u. a. behandelt:

- Psychosen
- Depressionen
- Bipolare Störungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Angst- und Zwangserkrankungen

Umfangreiches Download-Material hilft beim Lernen und unterstützt bei der praktischen Arbeit.

Hammer • Plößl Irre verständlich

Irre verständlich

Menschen mit psychischer Erkrankung wirksam unterstützen

Matthias Hammer
Irmgard Plößl







Dr. Matthias Hammer, ist Psychologe und Psychotherapeut. Er leitet die Rehabilitationsabteilung für psychisch kranke Menschen (RPK) des Rudolf-Sophien-Stift in Stuttgart.



Dr. Irmgard Plößl ist Psychologin und Psychotherapeutin. Sie leitet die Abteilung für Berufliche Teilhabe und Rehabilitation des Rudolf-Sophien-Stifts in Stuttgart.

Die beiden geben seit Jahren Seminare und Weiterbildungen.

Matthias Hammer, Irmgard Plößl

Irre verständlich

Menschen mit psychischer Erkrankung wirksam unterstützen



Matthias Hammer, Irmgard Plößl
Irre verständlich
Menschen mit psychischer Erkrankung wirksam unterstützen
3. Auflage 2015, Reprint 2017
ISBN-Print: 978-3-88414-533-3
ISBN-PDF: 978-3-88414-790-0

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über http://dnb.ddb.de abrufbar.

Weitere Informationen zum Buch und den Autoren sowie Materialien zum
Herunterladen finden Sie unter www.irre-verstaendlich.de und
www.matthias-hammer.de.
Das Passwort für die Downloadmaterialien lautet verstehen30.
Psychiatrie Verlag im Internet: www.psychiatrie-verlag.de

Umschlaggestaltung: GRAFIKSCHMITZ, Köln unter Verwendung eines Fotos
von Helgi/ photocase.com
Typografiekonzeption: Iga Bielejec, Nierstein
Satz: Psychiatrie Verlag GmbH, Köln
Illustrationen: Claus Ast, Nierstein
Druck und Bindung: Westermann Druck Zwickau
Zum Schutz von Umwelt und Ressourcen wurde für dieses Buch
FSC®-zertifiziertes Papier verwendet.



Einleitung

Wir hatten gerade unsere erste Stelle im psychologischen Dienst einer psychiatrischen Einrichtung angetreten, als eine junge Klientin wutentbrannt und Türen knallend aus unserem Büro stürmte. Während wir uns noch ratlos ansahen, riss sie die Tür schon wieder auf und präsentierte uns frische, blutende Schnittwunden an ihrem Unterarm. Kurz darauf kamen zwei andere Klienten vorbei, um sich zu beschweren, dass sie unter den Eskapaden dieser Klientin leiden würden und außerdem den Eindruck hätten, dass man ihnen viel weniger Beachtung schenken würde als ihr. Zuletzt meldete sich noch die Kollegin aus der Ergotherapie und meinte, so ginge es nicht mehr weiter, die junge Klientin müsse ihre Gruppe verlassen.

Vergeblich suchten wir in unseren psychologischen Fachbüchern nach Ratschlägen, was nun zu tun sei. Solche Alltagssituationen kamen dort schlicht nicht vor. Im Laufe der Jahre stellten wir dann immer wieder fest, dass wir nicht die einzigen waren, die im Alltag ihre Probleme mit solchen schwierigen, überraschenden Situationen haben. Im Rahmen von Fortbildungen tauchten immer wieder Fragen von Fachkräften auf, die sich auf den Umgang mit schwierigen Alltagssituationen bezogen: Was mache ich, wenn jemand ausgeprägte Zwänge hat? Wie gehe ich damit um, wenn sich jemand für den Geschäftsführer von Apple hält? Was muss ich tun bei Selbstverletzungen? Wie bringe ich jemanden dazu, morgens aufzustehen? Woher weiß ich, ob jemand krank oder einfach nur unmotiviert ist?

Wir haben es selbst als hilfreich erlebt, einen verstehenden Zugang zu solchen schwierigen Alltagssituationen zu entwickeln. Hintergrundwissen über die Borderline-Persönlichkeitsstörung, über Zwänge oder über Psychosen führt dazu, dass viele Verhaltensweisen der Klienten nachvollziehbarer und verständlicher erscheinen. Wir entwickelten einen forschenden, fragenden Zugang: Wie können wir noch mehr über ein bestimmtes Krankheitsbild erfahren, um die Klienten besser verstehen und gezielter unterstützen zu können? Rückblickend wurde uns klar, dass wir manchmal übereilt oder zu häufig mit einer Klinikeinweisung reagiert hatten, weil es uns an Verständnis für die Verhaltensweisen eines Klienten und an Kenntnis spezifischer Bewältigungsmöglichkeiten für die jeweilige Störung

fehlte. Störungsspezifisches Hintergrundwissen zu haben erleben wir heute als Entlastung, da es den Umgang mit den Klienten im Alltag deutlich erleichtert.
Es gibt grundlegendes Wissen über psychische Erkrankungen, das unabhängig von der Art der Diagnose störungsübergreifend anwendbar und hilfreich ist. Dazu gehört das Wissen über die Entstehung psychischer Erkrankungen ebenso wie Informationen darüber, wie diese Erkrankungen bewältigt werden können und welche Faktoren den Verlauf günstig beeinflussen. Klärungsstrategien verhelfen zu Orientierung und Überblick in unübersichtlichen, komplexen Situationen und führen zu einer reflektierten Beziehungsgestaltung und zu wirkungsbewusstem Handeln, unabhängig von der Diagnose oder Art der psychischen Erkrankung. Solche störungsübergreifenden Strategien und Hintergrundinformationen, die im Alltag immer hilfreich sind, haben wir im ersten Teil dieses Buches dargestellt. Daneben ist aber spezifisches Wissen über die verschiedenen Krankheitsbilder erforderlich. Im zweiten Teil dieses Buches haben wir störungsspezifisches Wissen für verschiedene Erkrankungen dargestellt, sodass daraus Strategien für einen verstehenden, störungsspezifischen Umgang und hilfreiche Unterstützungsmöglichkeiten abgeleitet werden können.
Uns ist es ein Anliegen, die innere Logik von verschiedenen psychischen Erkrankungen mitfühlender verstehen zu lernen und mit einem wertschätzenden Blick den Umgang im Alltag zu gestalten. Die Informationen, die wir verwendet haben, stammen überwiegend aus psychotherapeutischen Fachbüchern. Wir empfanden es als Herausforderung, dieses Wissen nutzbar und fruchtbar zu machen für den Umgang im Alltag. Unser Anliegen war es nicht, den alltäglichen Umgang mit psychisch kranken Menschen psychotherapeutisch zu überfrachten oder jeden Alltagskontakt im betreuten Wohnen, am Arbeitsplatz oder im stationären Bereich als therapeutischen Kontext zu definieren. Im Gegenteil: Unser Ziel ist es, dass die Berufsgruppen, für die dieses Buch geschrieben worden ist, mehr Klarheit in ihren jeweiligen beruflichen Rollen und in ihrem beruflichen Handeln erhalten, indem sie Beispiele aus ihrer alltäglichen Berufspraxis hier wiederfinden und Anregungen erhalten. Das Buch richtet sich ganz bewusst nicht an eine bestimmte Berufsgruppe oder einen konkreten Kontext, sondern an alle Fachkräfte, die psychisch kranke Menschen beruflich in Alltagssituationen begleiten. Das können Sozialpädagogen sein, Heilerziehungspfleger, Ergotherapeuten oder Arbeitserzieher,

Pflegekräfte, Gruppenleiter aus Werkstätten, aber auch ehrenamtlich Tätige. Wir haben uns bemüht, sowohl den stationären, klinischen, als auch den gemeindepsychiatrischen, ambulanten oder rehabilitativen Kontext im Blick zu haben und dabei jeweils die Bereiche Wohnen, Arbeit und Unterstützung bei der Alltagsbewältigung und in der Freizeit zu berücksichtigen.
Unser Ziel ist es, psychologisches Wissen über die Entstehung von Störungen nutzbar zu machen für den Umgang mit Betroffenen im Alltag. Störungsspezifisches Wissen soll beispielsweise der Pflegekraft helfen, ihre Arbeit störungssensibler zu verrichten oder der Ergotherapeutin als hilfreiches Werkzeug dienen, um ihre Angebote an die Bedürfnisse und Schwierigkeiten der Klienten anzupassen. Im Vorfeld haben wir die Gefahr gesehen, dass dabei ein »Kochbuch mit Patentrezepten« herauskommt. Aber genau das war nicht unsere Absicht. Es geht nicht darum, alle Menschen mit einer bestimmten Diagnose in der immer gleichen Weise zu behandeln, sondern im Gegenteil jeden Einzelfall aufmerksam, achtsam und um Verständnis bemüht zu betrachten.
Die Kapitel im zweiten Teil des Buches sind deshalb alle so aufgebaut, dass sie zunächst einen Zugang zum Erleben der Betroffenen aus ihrer subjektiven Sicht ermöglichen. Daran schließt sich ein Bezug zum eigenen Erleben der Fachkräfte an. Denn psychische Erkrankungen sind nicht etwas völlig Fremdes, zu dem psychisch gesunde Menschen keinerlei Zugang hätten. Viele Symptome psychischer Erkrankungen sind nur extreme Ausprägungen von Erlebens- und Verhaltensweisen, die jeder Mensch aus seinem Leben kennt. Manches erleben wir nur in extremen Situationen, beispielsweise wenn wir mit Schicksalsschlägen konfrontiert sind. Anderes kennen wir auch aus unserem Alltag. Alles hat im Grunde seinen Sinn und seine Berechtigung und führt erst in extremer Ausprägung zu einer psychischen Erkrankung. Psychisch kranke Menschen zu verstehen ist daher auch durch den Bezug zum eigenen Erleben möglich. Aufbauend auf diesem Selbsterfahrungsbezug werden dann die verschiedenen psychischen Erkrankungen erläutert. Dabei gehen wir sowohl auf das vordergründige Erscheinungsbild ein, das Fachkräften im Alltag zunächst begegnet, als auch auf Erklärungsmodelle, die die Entstehung und den Hintergrund psychischer Erkrankungen beleuchten. Diese Informationen bereiten den Boden für einen verstehenden Zugang, der Grundlage dafür ist, wie man seinen Umgang mit Betroffenen so gestalten kann, dass er als hilfreich erlebt wird. Es werden Anregungen für

Verhaltensweisen und Strategien für Fachkräfte im alltäglichen Umgang dargestellt. Dort wo die medikamentöse Behandlung eine zentrale Rolle spielt, kommt auch die Hilfe durch Medikamente zur Sprache. Wir gehen ebenfalls auf Hilfe zur Selbsthilfe ein, obwohl dieses Buch kein Selbsthilfebuch ist und sich nicht in erster Linie an Betroffene richtet. Es ist aber unserer Einschätzung nach eine wichtige Aufgabe von Fachkräften, Kenntnisse über störungsspezifische Selbsthilfestrategien zu haben, sie bei den Betroffenen anzuregen und Klienten bei der Einübung und Anwendung von Selbsthilfestrategien zu unterstützen.

Einige Materialien, die Sie für die Unterstützung von Menschen mit psychischen Erkrankungen nutzen können, finden Sie auf den Internetseiten www.irre-verstaendlich.de oder auf www.matthias-hammer.de. Die Materialien sind im Text mit einem solchen Verweis ⇦ gekennzeichnet. Das Passwort lautet verstehen30.

⇨ Download von verschiedenen Materialien

Während unserer langjährigen Tätigkeit in der Sozialpsychiatrie und der psychiatrischen Rehabilitation wurde uns immer wieder deutlich, welch enorm hohen Stellenwert die alltägliche Begleitung durch kontinuierliche Bezugspersonen für psychisch kranke Menschen hat. Zu Psychotherapeuten und Ärzten besteht meist nur ein sehr punktueller, oft auch nur kurzzeitiger Kontakt. Langfristige, tragfähige Beziehungen und Unterstützungsmöglichkeiten entstehen durch die alltägliche Begleitung durch Fachkräfte der ambulanten Dienste, durch Gruppenleiter in Werkstätten, durch Integrationscoaches, Pflegekräfte oder Ansprechpartnerinnen beim Sozialpsychiatrischen Dienst, durch Wohngruppenbetreuungen oder Mitarbeitende ambulanter Dienste. Unser Anliegen ist es, diese wichtige Arbeit zu unterstützen, indem wir psychotherapeutisches Fachwissen kompakt und verständlich darstellen mit dem Schwerpunkt der Anwendung und Umsetzung in der alltäglichen Zusammenarbeit mit psychisch kranken Menschen. Wir möchten Handwerkszeug liefern, das die Logik psychischer Erkrankungen verständlich macht und im Alltag hilfreich ist. Wir wünschen allen Fachkräften viel Inspiration bei der Lektüre dieses Buches und viel Freude bei ihrer Arbeit.

TEIL 1

Warum werden Menschen psychisch krank?

BEISPIEL Sandra ist beunruhigt: Seit zwei Wochen macht sie ein Praktikum in einem Sozialpsychiatrischen Dienst. Die junge Studentin hat sich mit einer Besucherin der Tagesstätte unterhalten, die ihr erzählte, dass sie erstmals an einer Psychose erkrankt sei in ihrer Zeit als Au-pair in England. Sie sei dort einfach nicht zurechtgekommen und völlig überfordert gewesen. Sandra war selbst nach dem Abitur ein halbes Jahr in England und es ging ihr nicht gut dort, sie litt unter Ängsten und überlegte, ob sie früher als geplant nach Hause zurückgehen sollte. Bedeutet das, dass sie auch eine Psychose hatte oder jederzeit eine bekommen kann? Wo ist der Unterschied zwischen ihr und der Besucherin der Tagesstätte? ×

Zeitungen berichten immer wieder, dass endlich eine Erklärung für die Ursache psychischer Erkrankungen gefunden wurde. In den Schlagzeilen ist dann zu lesen, dass es sich um eine Viruserkrankung handelt, dass das Alter der Eltern bei der Geburt, Fehler in der Kommunikation zwischen Mutter und Kind oder die falsche Ernährung schuld seien an der Entstehung psychischer Erkrankungen. Und in regelmäßigen Abständen wird gemeldet, man habe jetzt das Gen entschlüsselt, durch das die Schizophrenie vererbt werde. Kennen wir also mittlerweile wirklich die Antwort auf die Frage, warum Menschen psychisch krank werden?
Menschen haben sich immer schon mit der Frage beschäftigt, wie psychische Erkrankungen entstehen. Die Erklärungsmodelle änderten sich im Laufe der Geschichte, aber im Wesentlichen gab es immer zwei Lager. Die einen führten eine psychische Erkrankung ausschließlich auf biologische oder genetische Einflüsse zurück. Wenn jemand psychisch krank war, nahm man an, dass er die Krankheit geerbt hätte oder andere körperliche Prozesse, wie beispielsweise eine Infektion oder eine Hirnschädigung oder Stoffwechselstörung, dafür verantwortlich wären. Entsprechend wurden Behandlungsmöglichkeiten vorrangig im medizinischen Bereich gesehen, man suchte nach geeigneten Medikamenten und bevor man diese hatte, versuchte man es teilweise mit kalten Bädern. Das andere Lager sah die Ursache psychischer Erkrankungen dagegen ausschließlich im psychosozialen Bereich. Man nahm an, dass Fehler im Erziehungsstil und in der Interaktion der Eltern und vor allem der Mutter mit dem Kind ursächlich sein könnten. Aber auch Schicksalsschläge, wie die Scheidung der Eltern, Misshandlungen, Traumata und Belastungen wie Armut und Migration, wurden als Auslöser psychischer Erkrankungen angesehen. Lange Zeit wurden die beiden Lager als Alternativen angesehen, als Entweder-oder. In unterschiedlichen gesellschaftlichen Phasen dominierte mal das eine Lager, mal das andere.
Aus diesem Entweder-oder wurden schließlich Erklärungsmodelle, die ein Sowohl-als-auch möglich machen. Man stellte fest, dass es sich nicht um Alternativen handelt, sondern dass beide Faktoren – biologische und psychosoziale – eine Rolle spielen und zusammenwirken müssen, wenn psychische Erkrankungen entstehen.

Das Verletzlichkeits-Stress-Modell



Die meisten psychischen Erkrankungen haben mehr als eine Ursache.

Wir wissen heute, dass psychische Erkrankungen meist mehr als eine Ursache haben und die Folge komplexer Wechselwirkungen zwischen biologischen, psychischen und sozialen Faktoren sind. Man spricht deshalb auch von multifaktoriellen oder systemischen Modellen. Wie sich diese einzelnen Komponenten zu einem ganzheitlichen Prozess verbinden, ist noch nicht in allen Einzelheiten klar. Wir wissen aber, dass alle Faktoren sich gegenseitig beeinflussen können. Wenn beispielsweise bei einem Menschen genetisch bedingt eine Überempfindlichkeit in bestimmten Verarbeitungsstrukturen des Gehirns besteht, so hat dies Auswirkungen auf sein Verhalten. Er wird möglicherweise schreckhafter und ängstlicher sein als andere Menschen. Auch die andere Richtung ist möglich: Psychosoziale Einflüsse können biologische Veränderungen bewirken. Dass unser Gehirn durch soziale Lernprozesse und Gewohnheiten verändert werden kann, ist vielfach belegt. Diese wiederum können die Empfindlichkeit für Umwelteinflüsse verändern. Selbst Gene können durch Umwelteinflüsse an- oder abgeschaltet werden. Auf diese Weise entstehen komplizierte Wechselwirkungen zwischen Umweltreizen und dem Organismus.
Einseitige Modelle können also ein komplexes Geschehen wie eine psychische Erkrankung meist nicht erklären. In der Praxis haben sich daher Konzepte bewährt, die die Wechselwirkung von Um-

welt und biologischen Faktoren berücksichtigen und die in der Lage sind, viele verschiedene psychische Erkrankungen erklären zu können. Diese Modelle nennt man **Vulnerabilitäts-Stress-Modelle** oder auch **Verletzlichkeits-Stress-Modelle**. Diese multifaktoriellen Störungsmodelle wurden zunächst für schizophrene Erkrankungen entwickelt (Zubin & Spring 1977). Sie besitzen aber mittlerweile Gültigkeit für die Erklärung der meisten Arten von psychischen Erkrankungen.

Vulnerabilität oder Verletzlichkeit ist die Neigung eines Organismus, an einer bestimmten Krankheit zu erkranken. Man spricht in diesem Zusammenhang auch von Anfälligkeit oder Erkrankungsbereitschaft.

☞ Wenn zur Verletzlichkeit noch Stressfaktoren hinzukommen, kann eine psychische Erkrankung entstehen.

Die Verletzlichkeit allein führt aber noch nicht zu einer psychischen Erkrankung. Erst im Zusammenwirken mit **Stressfaktoren** (kritische Lebensereignisse, biologische, psychologische oder soziale Stressoren) wird eine kritische Grenze überschritten und aus der Verletzlichkeit wird eine psychische Erkrankung. Dies geschieht, wenn nicht genügend Schutzfaktoren bzw. Ressourcen zur Verfügung stehen. Vor dem Überschreiten der Schwelle zur akuten Krise treten zunächst **Frühwarnsymptome** auf. Die Überschreitung der kritischen Grenze führt im weiteren Verlauf zum Auftreten von störungsspezifischen Symptomen, es besteht die Gefahr der akuten Zuspitzung zu einer psychischen Krise bzw. einem Rückfall. Durch geeignete Bewältigungsstrategien oder mithilfe von Schutzfaktoren kann eine Krise aber auch abgefangen werden. Wegen dieser verlaufsbeeinflussenden Rolle der Bewältigungsstrategien wurde das Modell erweitert zum sogenannten **Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell** (Nuechterlein & Dawson 1984). Abbildung 1 zeigt eine Darstellung dieses Modells.

Manche Menschen sind anfälliger für psychische Erkrankungen als andere, sie haben eine höhere Erkrankungsbereitschaft und sind vulnerabler oder verletzlicher. Die Ursachen dieser erhöhten Vulnerabilität können biologisch oder psychosozial sein, sie können angeboren sein oder im Laufe des Lebens erworben werden. Angeboren sind natürlich in erster Linie genetische Veranlagungen, aber auch andere Einflüsse vor der Geburt zählen dazu, z. B. Erkrankungen der Mutter während der Schwangerschaft.

Erworbene biologische Faktoren, die die Vulnerabilität erhöhen können, sind körperliche Traumata, Erkrankungen, Geburtskomplikationen oder der Einfluss von Drogen. Aber auch psychosoziale Faktoren können die Vulnerabilität erheblich erhöhen. Dazu zählen

angeborene und erworbene biologische Bedingungen

psychosoziale Entwicklungsbedingungen (Lebensgeschichte)

Vulnerabilität: »Verletzlichkeit«

Belastungen (Stress) privat, beruflich, Krankheit

Frühwarnzeichen, Frühsymptome

Schutzfaktoren, Bewältigungsfertigkeiten

keine Schutzfaktoren, keine Bewältigungsfertigkeiten

abgeschwächte Frühwarnzeichen / Frühsymptome

Bewältigung

keine weitere Bewältigung

keine schwerwiegende psychische Krise

akute psychische Krise

ABBILDUNG 1

Entstehungsmodell psychischer Krisen (Jensen u. a. 2010)

beispielsweise kritische Lebensereignisse, frühe Stresserfahrungen und psychische Traumatisierungen. Schwerwiegende und sich wiederholende psychosoziale Einflüsse können Spuren im Gehirn hinterlassen, Verarbeitungsprozesse im Gehirn können sich dadurch verändern und die Menschen reagieren künftig sensibler und mit einer erhöhten Erkrankungsbereitschaft auf Belastungen. Negative Lebenserfahrungen können also biologische Narben (Aldenhoff 1997) hinterlassen. Eine Erkrankungsbereitschaft bildet sich aus,

wenn angeborene und erworbene biologische Faktoren auf der einen Seite sowie psychosoziale Entwicklungsbedingungen auf der anderen Seite ungünstig zusammenkommen. Dabei ist die Art der Vulnerabilität von Mensch zu Mensch verschieden. Unterschiedliche psychische Störungen, wie z. B. Depressionen, Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, Zwangsstörungen, schizoaffektive Störungen oder verschiedene Persönlichkeitsstörungen sind durch störungsspezifische Verletzlichkeiten mit verursacht. Es ist davon auszugehen, dass dies ebenfalls auf eine Vielzahl organischer Erkrankungen zutrifft, zum Beispiel Diabetes, Allergien oder Bluthochdruck. Manche Menschen reagieren bei Überschreiten ihrer kritischen Grenze mit psychischen Erkrankungen, werden beispielsweise depressiv, erleben eine akute Psychose oder entwickeln eine Persönlichkeitsstörung. Andere Menschen zeigen dagegen keine Erkrankungsbereitschaft für eine psychische Erkrankung, sondern reagieren auf fortdauernde Überlastung eher mit körperlichen Symptomen, beispielsweise bekommen sie ein Magengeschwür. Welche Faktoren bei den einzelnen Erkrankungen eine Rolle spielen, können Sie im jeweiligen Störungskapitel nachlesen.

Menschen erleiden bei der Überschreitung ihrer kritischen Grenze also Symptome gemäß ihrer individuellen Verletzlichkeit, man könnte auch sagen, sie reagieren an ihrer »Sollbruchstelle«. Vermutlich verfügt jeder Mensch über eine solche »Sollbruchstelle« und reagiert mit entsprechenden Symptomen, diese können körperlicher oder psychischer Natur sein.

Die Rolle der Stressbelastung



Unter Stressbelastung versteht man die Summe aller Faktoren, die uns belasten.

Die spezifische Vulnerabilität stellt die Ursache einer psychischen Erkrankung dar, die Stressbelastung ist dagegen einer der konkreten Auslöser einer akuten Erkrankungsepisode. Besonders belastend sind traumatische Erfahrungen, in denen sich Betroffene hilflos ausgeliefert fühlen (vgl. Kapitel Traumasensibilität). Lange Zeit hat man unter Belastungen vor allem die sogenannten kritischen Lebensereignisse verstanden, also beispielsweise Scheidung oder Trennung, Tod naher Angehöriger, Krankheit oder Verlust des Arbeitsplatzes. Heute weiß man, dass auch die vielen alltäglichen Belastungen eine Rolle spielen, die wir oft zu wenig beachten, weil sie für sich allein genommen eher nebensächlich sind und erst in der Summe und über längere Zeit hinweg eine erhebliche Belastung darstellen. Zu den täglichen Belastungen – auch Alltagsstressoren genannt – zählen beispielsweise Lärm, Zeitdruck, Stau oder überfüllte U-Bahnen auf dem Weg zur Arbeit oder ständige Ablenkungen im Großraumbüro.

Aber nicht nur unangenehme Ereignisse spielen eine Rolle, sondern die Gesamtheit aufwühlender Lebensereignisse. Dazu zählen manchmal auch positive Erlebnisse, beispielsweise sich zu verlieben, eine neue Wohnung zu beziehen oder eine lang ersehnte Reise anzutreten. Auch solche positiven Ereignisse können dazu beitragen, dass die Schwelle zur akuten Erkrankung überschritten wird. Das bedeutet natürlich nicht, dass positive Ereignisse vermieden werden sollten. Lediglich die Wachsamkeit für mögliche Frühwarnzeichen sollte erhöht sein.

Aber auch die völlige Vermeidung von Stress und Anforderungen ist keine Lösung, da dauernde Unterforderung ihrerseits eine Belastung für den Organismus darstellt und Krisen auslösen kann. Jeder Mensch muss daher für sich selbst herausfinden, wo sein optimales Belastungsniveau jeweils liegt. Siegel (2006) bezeichnet diese Zone zwischen Über- und Untererregung als »Toleranzfenster«. Innerhalb dieses Toleranzfensters können Informationen gut verarbeitet und Belastungen toleriert und bewältigt werden. Bewegen wir uns innerhalb dieses Fensters, erleben wir einen Zustand des Gleichgewichts. Wird dieses Fenster der optimalen Erregung verlassen, erleben wird uns aus dem Gleichgewicht. Dies kann durch Übererregung und Überforderung geschehen (Angst, Unruhe, inneres Getriebensein, Schlaflosigkeit etc.), aber auch durch Unterforderung und Untererregung (emotionale Taubheit, Antriebslosigkeit, Leere, Langeweile etc.).

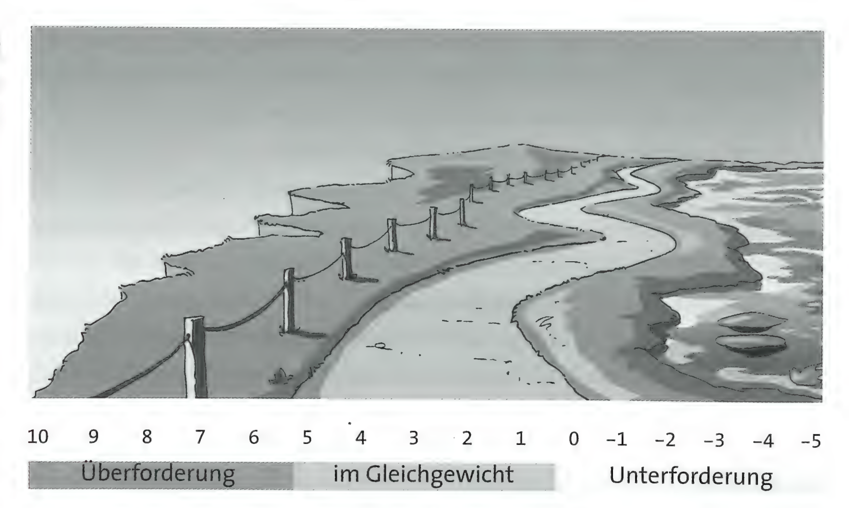
Dieser Zusammenhang kann symbolisch im WEG-Modell (Hammer 2010, 2012) dargestellt werden (s. Abb. 2).

Die Straße oder der befestigte Weg symbolisiert dabei unser Leben in Balance. Gleichgewicht ist dabei keine starre Größe, sondern ein Prozess des ständigen Wechsels von Anspannung (kontrollierter Stressreaktion), Entspannung (Stressbewältigung) und Erholung. Unser Weg verläuft also nicht geradlinig durch die Landschaft. Dennoch haben wir, trotz immer wieder neuer Stressbelastungen, festen Boden unter den Füßen. Wir haben die Kontrolle über unsere Richtung, unser Tempo und unser Ziel.

Diese Kontrolle können wir jedoch verlieren. Durch längerfristige Überforderung und Übererregung kommen wir links vom Weg ab und verlassen unser Toleranzfenster. Dann erleben wir die Stress-

ABBILDUNG 2

Das WEG-Modell (HAMMER 2010 u. 2012)



-5 bis 0 entspricht einem unterforderten Erleben; 1 bis 5 entspricht einem Erleben im optimalen Belastungsniveau mit einem Wechsel von Anspannungs- und Entspannungsphasen; 6 bis 10 entspricht einem erhöhten Stresserleben.

reaktion zunehmend als unkontrollierbar. Wir fühlen uns nach längeren Phasen der Überforderung hilflos, und die Stressreaktion wird chronisch. Die Zeiten von Regeneration und Erholung werden kürzer und unzureichend. Es treten deutliche Stresssymptome auf. Dies sind die körperlichen und psychischen Signale dafür, dass eine Überforderung und ein Ungleichgewicht vorhanden sind. Im Modell wird das symbolisch durch einen Zaun dargestellt. Werden diese Signale von uns ignoriert, wird eine kritische Grenze überschritten. Durch längerfristige starke Stressbelastungen kann es zu Störungen kommen. Erste Krankheitssymptome treten auf, oder es besteht die Gefahr, dass es zu einem Rückfall in bereits bekannte oder bestehende Erkrankungen kommt (zum Beispiel Suchtverhalten, psychische Erkrankungen, Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems). Es besteht die Gefahr »abzustürzen«, man gerät durch Überforderung aus dem Gleichgewicht. Dieser Bereich wird daher in der Abbildung als eine Klippe dargestellt.
Auf der rechten Seite des Weges befindet sich in unserem Modell ein Sumpfgebiet. Je mehr wir nach rechts vom Weg abkommen, desto größer wird die Gefahr zu »versumpfen«. Unterforderung, soziale Isolation, Vermeidung und langfristige Untätigkeit führen zu Symptomen der Energielosigkeit, Lust- und Antriebslosigkeit, Leere, zu Ängsten, Depression und Ähnlichem. Gerät man durch Unterforderung aus dem Gleichgewicht, gibt es in vielen Fällen keine so deutlichen Signale, die einen aufhalten könnten. Man gerät fast unmerklich immer tiefer in den Sumpf.

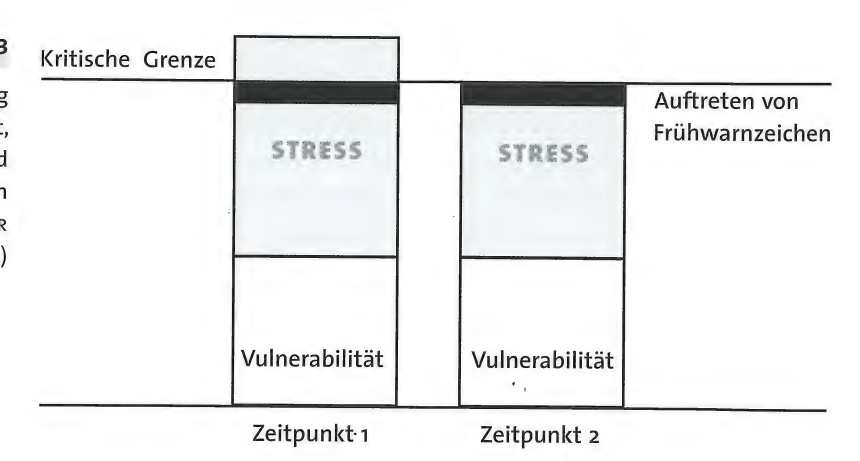
Unsere Gefühle und Körperempfindungen melden uns, wo wir uns gerade befinden. Wir können diese Sprache unseres Körpers und unserer Seele kennenlernen, indem wir auf diese Signale hören, indem wir sie wahrnehmen und einschätzen lernen.
Wie viel Stress Menschen gut bewältigen können und wann es zu einer akuten psychischen Erkrankung kommt, hängt davon ab, wie groß die individuelle Vulnerabilität ist. Bei einer hohen Vulnerabilität ist das Toleranzfenster bzw. die Straße nicht so breit, wie bei Menschen mit einer geringen Vulnerabilität. Bei Menschen mit einer geringen Vulnerabilität führt erst starker Stress zu einer psychischen Erkrankung. Bei Menschen mit einer stark ausgeprägten Vulnerabilität genügt bereits eine geringe Stressdosis, um die kritische Grenze zu erreichen bzw. den WEG zu verlassen und eine psychische Erkrankung auszulösen. Bei Menschen, bei denen keine Vulnerabilität für eine psychische Erkrankung vorliegt, ist die Wahrscheinlichkeit gering, eine psychische Erkrankung zu entwickeln. Eine psychische Erkrankung wird ausgelöst, wenn eine Person mit einer angeborenen Verletzlichkeit mit so starken Belastungen konfrontiert wird, dass die erlebte Stressreaktion eine kritische Grenze überschreitet.

Die Funktion von Frühwarnzeichen

Die meisten Betroffenen erleben vor dem Ausbruch einer psychischen Erkrankung sogenannte Frühwarnzeichen. Diese Signale kann man symbolisch verstehen, wie ein Ampelsignal, das auf rot umschaltet. Das rote Ampelsignal bedeutet, dass man anhalten soll und solange die Ampel rot ist, in diese Richtung nicht mehr weiterfahren darf. Analog dazu signalisieren körperliche oder psychische Frühwarnzeichen, dass der Organismus durch zu viele Stressbelastungen aus dem Gleichgewicht geraten und überfordert ist. Frühwarnzeichen treten in der Regel Tage oder Wochen vor dem Ausbruch oder Rückfall einer Erkrankung auf. Durch rechtzeitiges Erkennen der Frühwarnzeichen, durch wirksame Entlastung und angemessene Unterstützungsangebote kann es gelingen, die kritische Grenze nicht zu überschreiten. Die folgende Abbildung zeigt den Zusammenhang zwischen Vulnerabilität, Stressbelastung und Frühwarnzeichen. Zum Zeitpunkt 2 gelingt es der Person, unter der kritischen Grenze zu bleiben.

ABBILDUNG 3

Zusammenhang zwischen Vulnerabilität, Stressbelastung und Frühwarnzeichen (PLÖSSL & HAMMER 2010)



Ein Krisenplan ist eine hilfreiche Strategie, um Rückfällen vorzubeugen.

Für psychisch kranke Menschen ist es daher wichtig, ihre Frühwarnzeichen genau zu kennen, da sie individuell sehr unterschiedlich sind. Auch sollte jeder möglichst genau wissen, was er selbst bei einer beginnenden Krise tun kann, um sich zu entlasten, und wodurch andere ihn unterstützen können. Wenn diese Punkte – Frühwarnzeichen, Selbsthilfemöglichkeiten und Unterstützungsmöglichkeiten – schriftlich festgehalten werden, spricht man von einem Krisenplan. Das ist ein Leitfaden, um beim Auftreten von Frühwarnzeichen rasch das Richtige zu tun (BÄUML 2008). Das Vorgehen wurde ursprünglich für Menschen mit Psychosen entwickelt und wird im störungsspezifischen Kapitel zu Psychosen im zweiten Teil dieses Buches ausführlich dargestellt.

Aber auch für andere psychische Erkrankungen ist die Erarbeitung von Frühwarnzeichen und Strategien zur Rückfallprophylaxe in einem Krisenplan ⇐ äußerst hilfreich. In den jeweiligen störungsspezifischen Kapiteln gibt es Hinweise dazu.

⇒ Krisenplan siehe S. 75 ff.

Um sich kurzfristig bei einer drohenden Krise zu entlasten und um zu verhindern, dass die Schwelle zur akuten Erkrankung überschritten wird, ist es in der Regel sinnvoll, Stressbelastungen zu reduzieren und sich Unterstützung zu holen.

Wie verlaufen psychische Erkrankungen?

Die Vulnerabilität ist kurzfristig nicht veränderbar. Langfristig ist sie aber auch nicht unbeeinflussbar, sie kann im Laufe des Lebens größer und ebenso wieder kleiner werden. Sie ist kein unabänderliches Urteil für eine lebenslange Erkrankung oder Belastung. Das

Gehirn ist ein plastisches Organ, das sich zeitlebens entwickeln und den Veränderungen anpassen kann, allerdings über längere Zeit hinweg. So kommen Genesungsprozesse in Gang. Eine große Rolle spielt dabei die Übung: Durch häufiges, wiederholtes Verhalten verändern sich Hirnstrukturen und passen sich an. Nicht einmalige Einsicht, sondern wiederholte Ausführung ist dabei hilfreich. So können beispielsweise regelmäßige Arbeit oder Tagesstruktur, Entspannungsübungen und ein gesundheitsförderndes Verhalten langfristig helfen, die Vulnerabilität zu reduzieren.

Das Verletzlichkeits-Stress-Bewältigungs-Modell veranschaulicht uns demnach nicht nur, wie es zur Entstehung von psychischen Erkrankungen kommen kann, sondern auch, wodurch der Verlauf beeinflusst wird. Hierbei kommt es ebenfalls auf eine ganze Fülle von individuellen Bedingungen an. Aus der Diagnose allein lässt sich nicht sicher ableiten, wie der Verlauf im Einzelfall sein wird. Krisen können wiederholt auftreten, es kann aber auch bei einer einzigen Episode bleiben. Außerhalb von Krisen können Krankheitssymptome in abgeschwächter Form weiterhin bestehen, sie können aber auch vollkommen verschwinden, beispielsweise weil die betroffene Person wirksame Strategien anwendet, um ihre Stressbelastung zu reduzieren. Wenn es zu wiederholten Krisen kommt, können die Zeiträume zwischen den Krisen unterschiedlich lang sein: Teilweise treten nur alle paar Jahre Krisen auf, teilweise mehrmals pro Jahr.

Der langfristige Verlauf kann ganz unterschiedlich sein, abhängig von der Ausprägung der persönlichen Verletzlichkeit, von weiteren Stressfaktoren und zur Verfügung stehenden Schutzfaktoren und Bewältigungsmöglichkeiten. Das Verletzlichkeits-Stress-Bewältigungs-Modell legt nahe, dass Bewältigungsversuche, aber auch Therapie- und Rehabilitationsangebote auf unterschiedlichen Ebenen ansetzen.

Auf der Ebene der Verletzlichkeit ist die medikamentöse Therapie angesiedelt. Auch langfristig wirksame Veränderungen im Alltagsverhalten und -erleben können die Verletzlichkeit reduzieren.

Zur Bewältigung von Stressproblemen sind die Bewältigungserfahrungen und Selbstheilungsbemühungen der Betroffenen relevant. Störungsspezifischen Selbsthilfestrategien kommt hier eine besondere Bedeutung zu. Aber auch psychosoziale Therapieangebote können helfen, drohende Krisen abzuwenden, das individuell optimale Belastungsniveau herauszufinden und beizubehalten und langfristig die Vulnerabilität zu verringern. Zu solchen psycho-

sozialen Therapieangeboten zählen beispielsweise die unterschiedlichen Unterstützungsformen im Bereich des Wohnens und der Arbeit, ambulante Dienste und Beratungsstellen. Medikamentöse Therapiemöglichkeiten sind als Ergänzung zu Psycho- und Soziotherapiemöglichkeiten zu sehen.

Alle Akteure sind Teil eines Unterstützerteams, wenn es darum geht, Krisen abzuwenden und gesundheitliche Stabilität zu fördern: die Betroffenen selbst ebenso wie Angehörige und die Fachkräfte im Bereich des Wohnens, der Arbeit oder der medizinischen Versorgung.

Durch die Einführung des Verletzlichkeits-Stress-Bewältigungsmodells hat sich für psychisch kranke Menschen manches positiv verändert. Sie müssen sich nicht mehr als Versager fühlen, wenn sie weniger Stress aushalten können als andere, wissen sie doch jetzt, dass dies an ihrer höheren Verletzlichkeit liegt. Angehörige und Betroffene können sich entlasten von Schuldgefühlen angesichts der komplexen, durch viele Faktoren bedingten Erkrankung. Und doch dient das Modell im Einzelfall nur als Rahmen, der für jedes Individuum mit Inhalt gefüllt werden muss. Denn die Fragen vieler Betroffener, warum gerade sie erkrankt sind, was sie hätten tun können, um die Erkrankung zu verhindern und welchen Sinn sie möglicherweise in ihrem Leben hat, können durch ein allgemeines Modell nicht beantwortet werden. Die meisten psychisch kranken Menschen suchen für sich nach Antworten auf diese Fragen und sollten darin von den Fachkräften unterstützt werden. Dies ist Teil der Krankheitsbewältigung. Dabei kann das Modell eine wichtige neutrale und entlastende Grundlage sein, die Bezüge zur individuellen Biografie muss aber jeder Einzelne selbst herstellen. Fachkräfte sollten dabei mit angemessener Zurückhaltung unterstützen und durchaus auch einräumen, dass wir vieles über die Entstehung und den Verlauf psychischer Erkrankungen noch nicht wissen. Das Verletzlichkeits-Stress-Modell ist ein sehr plausibles und bereits seit Langem bewährtes Modell, aber es bleibt eben ein Modell, das auch wieder verändert oder abgelöst werden kann.

BEISPIEL

Sandra jedenfalls hat erkannt, dass ihre Ängste während ihres Aufenthalts in England ein Zeichen von zu hohen Anforderungen waren. Angst kann auftreten, wenn viele neue Situationen vollkommen allein bewältigt werden müssen. Nach einiger Zeit wurden die Ängste immer schwächer und sie kam gut damit zurecht.

Wie können Selbsthilfe und Gesundung gefördert werden?

BEISPIEL

Schon seit Monaten macht sich das Team der Werkstatt Sorgen um Fritz. Seine psychische Erkrankung scheint zwar stabil zu sein, aber die körperliche Erkrankung, unter der er zusätzlich leidet, verschlimmert sich zusehends. Alle Teammitglieder sind sich sicher, dass er ärztliche Hilfe benötigt und in diesem Zustand nicht mehr länger alleine wohnen und demnach in ein Wohnheim ziehen sollte. Fritz möchte nichts von alledem wissen. Freundlich, aber konsequent erklärt er, ärztlichen Rat habe er bereits oft genug gesucht, die könnten ihm auch nicht helfen, das stetige Fortschreiten der Erkrankung müsse er einfach aushalten. Keinesfalls wolle er in ein Wohnheim ziehen, sein letztes bisschen Freiheit sei ihm sehr wichtig. Die Fachkräfte sind sich einig, dass man Fritz nicht zwingen kann, sehen seinen Zustand aber mit großer Sorge. Eines Tages erklärt Fritz seinen Gruppenleitern, er werde umziehen, und zwar zu Egon, seinem Kollegen aus einer anderen Abteilung. In dessen Wohnung sei noch ein bisschen Platz. Egon habe ein Auto und könne ihn sicherlich unterstützen, wenn es ihm noch schlechter gehen sollte. Er sei auch bereit, zum Arzt zu gehen, wenn Egon das für angebracht halte, schließlich wolle er ihm nicht unnötig zur Last fallen.

Die Mitarbeiter sind verblüfft, verunsichert und auch ein wenig gekränkt. Was ihnen nicht gelungen war – Fritz zu einem Umzug und zu ärztlicher Unterstützung zu bewegen – gelang Egon nun scheinbar mühelos. Zugleich fragten sie sich, ob die beiden in der Lage sein würden, gut aufeinander aufzupassen, schließlich war auch Egon psychisch krank. Aber Egon und Fritz fragten ja nicht um Erlaubnis, sie teilten ihren Entschluss lediglich mit und waren so freundlich, diesen den Fachkräften sogar zu erläutern. »Wissen Sie«, sagte Egon, »wenn ich den Fritz unterstützen kann, tut mir das auch gut. So bin ich auch noch zu etwas nütze.«

Empowerment und Recovery

Empowerment ist in aller Munde. Der Begriff taucht in vielen Leitbildern auf, und fast alle Mitarbeiter würden von sich selbst sagen, dass sie empowermentorientiert arbeiten und die Ressourcen ihrer Klienten stärken möchten. Und sicherlich entscheiden wir heute nicht mehr über die Köpfe unserer Klienten hinweg, wir beziehen sie ein und berücksichtigen ihre Wünsche. Wir achten darauf, unseren Klienten nicht Dinge abzunehmen, die sie auch selbst tun könnten. Aber ist das alles schon Empowerment? Und ist Recovery nur ein anderes Wort für Empowerment? Klienten wie Fritz, die eine professionelle Hilfe ablehnen, die wir für erforderlich halten und sich dann mit einem ungewöhnlichen Lebensentwurf selbst helfen, lassen uns spüren, dass Empowerment eine neue Haltung, ein verändertes Rollenverständnis von uns verlangt und nicht einfach eine zusätzliche Methode ist, die wir in unser Repertoire aufnehmen sollten.

Übersetzt bedeutet Empowerment Stärkung der Eigenmacht, Selbstbefähigung oder Selbstermächtigung. Recovery bedeutet Gesundung, Genesung oder Wiedererlangung von Gesundheit. Dabei ist mit Gesundung nicht gemeint, dass gar keine Symptome oder Krisen mehr auftreten, sondern dass auch mit der Erkrankung ein erfülltes, zufriedenes und hoffnungsvolles Leben möglich ist. Empowerment und Recovery sind nicht in erster Linie ein anzustrebendes Ziel, sondern sie sind immer ein Prozess, der in jedem individuellen Einzelfall anders verläuft. Es gibt aber bestimmte Grundsätze und Haltungen, die Fachkräften in der Praxis helfen können, so gut wie möglich im Sinne der Selbstbefähigung und der Förderung von Genesung zu arbeiten. Im Folgenden sollen einige davon genannt werden:

Fördern Sie die Entscheidungsfähigkeit Ihrer Klienten und akzeptieren Sie dann auch deren Entscheidungen.

Um Empowerment zu unterstützen, müssen wir zunächst sicherstellen, dass unseren Klienten alle notwendigen Informationen zur Verfügung stehen und zwar in einer verständlichen Form. Es ist unsere professionelle Aufgabe, Sachverhalte so darzustellen und zu erklären, dass sie auch für Laien verständlich sind und Grundlage einer Entscheidung bilden können. Wenn die Klienten dann eine Entscheidung treffen, gilt es, diese zu akzeptieren und wirklich mitzutragen im Sinne echter Unterstützung und nicht im Sinne von »der wird schon sehen, wohin ihn das führt«. Der Grundsatz, dass Klienten letztlich selbst am besten wissen, was gut für sie ist, fördert unseren professionellen Respekt vor ihren Entscheidungen und hilft uns, sie darin zu unterstützen, diese Entscheidungen auch umzusetzen.

Das bedeutet nicht, gleichgültig alles hinzunehmen, was Klienten sich wünschen. Sicherlich sind Fachkräfte bisweilen mit gutem Grund skeptisch gegenüber manchen Entscheidungen und Plänen ihrer Klienten, sodass sie versucht sind, diese vor einem Misserfolg oder Scheitern bewahren zu wollen. Die Rolle der professionellen Fachkräfte ist es, sich als Unterstützung und Klärungshilfe bei der Entscheidungsfindung anzubieten. Dazu gehört, mit Erlaubnis der Klienten kritische Einwände und Hinweise zu geben und einzubringen. Empowerment bedeutet letztlich aber auch, den Klienten das Recht auf Irrtum und Risiko zuzugestehen und ihre Entscheidungen zu respektieren.



Eröffnen Sie Ihren Klienten echte Entscheidungsspielräume.

Selbstbestimmtes Entscheiden ist nur dann sinnvoll und motivierend, wenn es echte Alternativen sind, zwischen denen wir wählen können und wenn attraktive Alternativen nicht von vorneherein ausgeschlossen sind. Judi Chamberlin (2007) bringt es auf den Punkt: Es gehe nicht darum, »ob man Hamburger oder Hotdogs essen oder Kegeln gehen wählen kann. Wer lieber Salat essen oder in die Bibliothek gehen möchte, hat leider Pech gehabt.« Achten Sie einmal darauf, wie häufig Sie die Wahlmöglichkeiten Ihrer Klienten von vorneherein beschränken, sicherlich oft aus fürsorglichen Erwägungen heraus, um ihnen die Entscheidung zu erleichtern. Tatsächlich wird aber bereits dadurch das Selbstbestimmungsrecht eingeschränkt, beispielsweise wenn Fritz von vorneherein nur das Wohnheim oder alternativ betreutes Wohnen als Wahlmöglichkeit angeboten werden.

Natürlich gibt es viele Möglichkeiten, die aus rechtlichen, finanziellen oder sonstigen Gründen unseren jeweiligen Klienten zunächst nicht offenstehen. Unsere Aufgabe ist dann, gemeinsam mit den Klienten zu überlegen, ob es dennoch denkbar sein könnte, eine dieser Möglichkeiten zu wählen oder ob es Alternativen geben könnte. Fritz leuchtet durchaus ein, dass er mehr Unterstützung im Alltag bräuchte. Er entscheidet sich aber gegen das Wohnheim und für eine selbstorganisierte Unterstützung durch einen Freund.

Zugleich bewahrt der Respekt vor den Entscheidungen der Klienten auch vor einem schweren Fehler, der sich im Zusammenhang mit Empowerment einstellen kann, nämlich der Verpflichtung zu Empowerment. Es muss die Entscheidung der Klienten bleiben, wie selbständig sie in einer bestimmten Phase ihres Lebens agieren

können und wollen. Die Entscheidung, Verantwortung vorübergehend abgeben und sich entlasten zu wollen, müssen wir ebenfalls respektieren, auch wenn sie nicht dem klassischen Bild von Empowerment entspricht.

Orientieren Sie sich mehr an den Ressourcen als an den Defiziten Ihrer Klienten.

Unser Blick ist im Alltag oft mehr auf die Defizite als auf die Ressourcen gerichtet. In gewisser Weise muss das auch so sein, denn Tagessätze beispielsweise von der Agentur für Arbeit oder dem Sozialhilfeträger bekommen wir ja nicht wegen der Ressourcen, sondern wegen der Defizite unserer Klienten. In Fallbesprechungen ist es aber immer wieder überraschend, wie wenig wir über die Stärken und Ressourcen unserer Klienten Bescheid wissen. Es lohnt sich deshalb, darüber nachzudenken und die Klienten auch gezielt danach zu fragen.

Eine Orientierung darüber, in welchen Bereichen sich Ressourcen verstecken können, bietet der folgende Kasten. Fragen Sie Ihre Klienten danach, worauf sie stolz sind, was sie gerne noch einmal erleben würden oder woran sie sich gerne erinnern. Fragen Sie sich selbst, was Sie an Ihrem Klienten bewundern oder womit er Sie schon einmal überrascht hat. Und versuchen Sie als Fachkraft, nicht immer in der überlegenen Rolle zu bleiben. Lassen Sie zu, dass ihre Klienten etwas besser können oder wissen als Sie! Und achten Sie unbedingt darauf, in Teambesprechungen aus Zeitgründen nicht immer nur über schwierige Fälle zu sprechen, sondern auch positive und überraschende Verläufe zu bemerken und zu würdigen.

Was sind Ressourcen? (nach KNUF 2007)

Äußere Ressourcen: **soziale Kontakte oder materielle Möglichkeiten, z. B. Familie, Freunde, Nachbarn, finanzielle Rücklagen, Rente, Wohnung, CD-Sammlung, Auto, Führerschein etc.**

Innere Ressourcen: **Fähigkeiten und Eigenschaften der Person, die unterstützend und hilfreich sein können, z. B. eigene Interessen; Hobbys; Dinge, die Spaß machen; intellektuelle Fähigkeiten; Sprachkenntnisse; wichtige positive Erfahrungen; Humor; sympathisches Auftreten etc.**

Die »Quelle« von Sinn: **Wodurch erlebt der Klient Sinn und Bedeutsamkeit in seinem Leben? Wofür lohnt es sich, all diese Ressourcen auch einzusetzen? Beispielsweise Religion, Familie, eigene Kinder etc.**

Eine eigene Meinung zu haben, diese anderen gegenüber zu vertreten und sich nicht so leicht umstimmen zu lassen, gilt bei psychisch gesunden Menschen als Zeichen von Charakterstärke und Persönlichkeit. Bei psychisch Kranken wird dasselbe Verhalten

leicht als Widerstand ausgelegt, während Folgsamkeit gegenüber den Behandlungsvorschlägen professioneller Helfer wünschenswert erscheint (sogenannte Compliance). Um die Selbstbefähigung Ihrer Klienten zu fördern, ist es wichtig, sie darin zu bestärken, ihre eigene Meinung wahrzunehmen und zu vertreten. Auch wenn Klienten wütend oder ärgerlich reagieren, ist dies immerhin als Zeichen dafür zu werten, dass sie gegen Gefühle der Hilflosigkeit ankämpfen und Verantwortung für ihre Situation übernehmen. Insofern sind auch Wut und Ärger Möglichkeiten, Selbstbefähigung auszudrücken, die Fachkräfte respektieren und beachten sollten.



Stärken Sie kritisches Denken und Durchsetzungsvermögen bei Ihren Klienten.

Studien haben immer wieder eindrücklich gezeigt, wie wichtig es für den Genesungsprozess eines psychisch kranken Menschen ist, noch Hoffnung auf eine bessere Zukunft zu haben, Hoffnung darauf, dass sich sein Zustand wieder bessern wird. Einige Studien konnten sogar zeigen, dass Hoffnung – auf Seiten der Betroffenen, aber auch auf Seiten der Angehörigen und der Fachkräfte – die Prognose stärker beeinflusste als die Dauer oder Schwere der Erkrankung (SCHAUB 1993, CIOMPI u. a. 1979, DAUWALDER u. a. 1984, KNUF 2004). Einerseits verwundert das nicht: Wer die Hoffnung aufgegeben hat und niemanden mehr hat, der ihn ermutigt, wird nur schwer aus einem seelischen Tief wieder herauskommen. Andererseits ist es gerade bei psychischen Erkrankungen mit ihrem phasenhaften Verlauf und immer wieder erlebten Rückschlägen oft schwer für die Betroffenen, die Hoffnung zu bewahren. In solchen Phasen sind sie darauf angewiesen, dass andere stellvertretend für sie Hoffnung haben und an eine Besserung glauben.



Bleiben Sie zuversichtlich und hoffnungsvoll.

Betroffene, die von einer psychischen Erkrankung genesen sind, berichten immer wieder, wie wichtig in manchen Phasen diese stellvertretende Hoffnung durch Angehörige oder Bezugspersonen für sie war (SCHAUB 1993). Anlass zur Hoffnung gibt es genug, schließlich zeigen alle großen internationalen Verlaufsstudien, dass auch schwere psychische Erkrankungen nach vielen Jahren noch eine Wendung zum Besseren nehmen können und sich der Zustand der Betroffenen in der Regel nicht fortschreitend verschlechtert (AMERING & SCHMOLKE 2012). Dennoch fällt es vielen Fachkräften schwer, mit zunehmender Berufserfahrung nicht einen gewissen Pessimismus zu entwickeln. Zu oft erlebt man Rückschläge bei Klienten, die sich doch zuvor so positiv entwickelt hatten und in deren Förderung man selbst viel Energie gesteckt hatte. Diese Rückschläge nicht als Anlass zu nehmen, die Hoffnung aufzugeben und diese resignative Haltung nicht auf alle anderen Klienten



Die Hoffnung auf Besserung zu bewahren ist professionelle Aufgabe aller Fachkräfte.

zu übertragen, ist eine entscheidende Kompetenz guter Fachkräfte. Es ist nicht die Aufgabe der Klienten, uns durch ihr Verhalten Anlass zur Hoffnung zu geben. Es ist unsere Aufgabe als Fachkräfte, durch eine ehrlich hoffnungsvolle und zuversichtliche Grundhaltung positive Entwicklungen anzuregen und zu unterstützen.

Finden Sie heraus, was Ihre Klienten wirklich interessiert.

Nur für motivierende Ziele machen wir uns wirklich auf den Weg. Wenn die Alternativen, die sich uns bieten, nur mäßig attraktiv erscheinen, haben wir möglicherweise keine Lust, uns anzustrengen und für ein Ziel zu engagieren. Ganz ähnlich geht es häufig unseren Klienten.

BEISPIEL

Manfred vernachlässigte an seinem Arbeitsplatz in der Werkstatt immer wieder seine Körperpflege. Alle Hinweise der Gruppenleiter halfen nur kurzfristig, schnell fiel er wieder in sein altes Verhaltensmuster zurück. Doch seit er auf einem ausgelagerten Arbeitsplatz in einer Firma arbeitet, in der es ihm wirklich gut gefällt, duscht er täglich und erscheint frisch und gepflegt zur Arbeit. Er möchte keinesfalls seine netten Kolleginnen verärgern.

Was aus professioneller Sicht wichtig erscheint, ist nicht immer das, was Klienten wichtig ist. Wir sollten aus ihrer gelegentlichen Weigerung, professionelle Vorgaben zu erfüllen, nicht automatisch folgern, dass sie dazu nicht in der Lage wären. Egons Engagement für seinen Kollegen Fritz hätten ihm die Fachkräfte niemals zugetraut. Immer wieder überraschen Klienten uns mit ihren Fähigkeiten, wenn es um Dinge geht, die sie wirklich wollen.



Versuchen Sie, Empowerment nicht zu behindern!

Die Empowerment-Bewegung war ursprünglich eine Befreiungsbewegung in den USA und keine Therapiemethode. Die Aufgabe professioneller Fachkräfte besteht vor allem darin, Prozesse der Selbstvertretung und der Selbstbefähigung nicht zu behindern. Das Beispiel von Fritz und Egon zeigt dies anschaulich: es ist schwer vorstellbar, dass jemand aus dem Team Egon vorgeschlagen hätte, sich doch ein bisschen mehr um Fritz zu kümmern und ihn bei sich aufzunehmen. Nachdem Egon und Fritz dies aber selbst vorgeschlagen haben, ist es Aufgabe der professionellen Fachkräfte, ihnen diesen Vorschlag nicht wieder auszureden, sondern sie darin nach Kräften zu unterstützen.

Empowermentprozesse nicht zu behindern bedeutet auch, den Zugang zu Informationen für unsere Klienten offen zu halten und ihnen Möglichkeiten zu eröffnen, ihre Rechte kompetent zu vertreten, einzufordern und Entscheidungsprozesse mitzugestalten. Ein gutes Beispiel dafür sind die Werkstatträte, die, gut ausgebildet,

demokratisch durch eine Wahl legitimiert und rechtlich in ihren Mitbestimmungsrechten klar abgesichert, Prozesse in Werkstätten positiv mitgestalten und beeinflussen. Die rechtliche Verankerung allein reicht jedoch nicht: Betroffene dürfen nicht nur formal einbezogen werden, um dem Gesetz Genüge zu tun. Entscheidend ist die Erkenntnis, dass Entscheidungen besser werden, wenn Betroffene sie gleichberechtigt mitgestalten. Beispielsweise werden bei Übereinkünften zum Personal oder zur Angebotsgestaltung deutlich weniger Fehler gemacht, wenn Betroffene von Beginn an einbezogen sind und nicht erst das Ergebnis der Überlegungen professioneller Fachkräfte zur Absegnung präsentiert bekommen.

Um Hindernisse für Empowerment aus dem Weg zu räumen, sollte die Abschaffung komplizierter Hilfeplanungsprozesse ein politisches Ziel unserer Arbeit sein. Die Steuerung der Prozesse durch die Nutzer gelingt nur, wenn diese in der Lage sind, das Instrument der Hilfeplanung zu verstehen und für sich zu nutzen. Empowermentprozesse lassen sich generell nur bedingt planen, Rückschläge und spontane Fortschritte sind jederzeit möglich. Entwicklungen verlaufen oftmals nicht linear und planbar, sondern sprunghaft. Gerade Empowermentprozesse sind nicht selten das Ergebnis eher unkonventioneller Lösungen und unvorhergesehener Entwicklungen. Eine spontane Entwicklung hin zu mehr Selbständigkeit sollte nicht deshalb behindert werden, weil sie so nicht im Hilfeplanverfahren vorgesehen war!



Halten Sie sich zurück!

Zu viel professionelle Aktivität erstickt Empowermentprozesse. Angemessen ist eher eine Haltung, die Andreas Knuf (2007) als »passive Aktivität« bezeichnet. Fachkräfte halten sich im Hintergrund, greifen aber mit Rat und Hilfe ein, wo Prozesse anders nicht in Gang kommen oder professionelle Unterstützung ausdrücklich gewünscht wird. Sie nehmen sich wieder zurück, wenn ihre Aktivität nicht mehr benötigt wird. Viele nutzergesteuerte Aktivitäten – von der Selbsthilfegruppe über die eigene Zeitschrift oder das Radioprogramm bis zur Interessenvertretung – konnten nur in Gang kommen, weil Fachkräfte in der Anfangsphase tatkräftig unterstützten und danach immer wieder flankierend zur Verfügung standen, wenn sie gebraucht wurden, den Betroffenen selbst aber die Steuerung überließen.

Das angemessene Ausmaß an praktischer Hilfe und Unterstützung, an Rat und Anregung sowie an Zurückhaltung und Ermutigung muss bei jedem Menschen neu herausgefunden werden und kann sich auch über die Zeit verändern. So kann vorübergehend

ein höheres Ausmaß an Unterstützung erforderlich sein, beispielsweise in einer psychischen Krise. Es darf dann aber nicht vergessen werden, diese Unterstützung auch wieder zu reduzieren, wenn dies möglich erscheint. Pauschale Aussagen wie »Ich lasse meine Klienten immer alle Anträge selber ausfüllen« sind deshalb falsch und unterstützen nicht das Empowerment. Die Wahrheit liegt wie so oft in der Mitte: Weder fürsorgliche Belagerung der Klienten noch desinteressiertes Ignorieren fördern die Selbstbefähigung, sondern das stetig neue Aushandeln der angemessenen Unterstützung im Dialog mit dem Klienten.

☞ **Gesundung ist möglich – jederzeit!**

Zu jedem Zeitpunkt im Krankheitsprozess kann es zu positiven Entwicklungen kommen. Manchmal geht es Klienten nach einer schweren Krise plötzlich besser als je zuvor. Manchmal bleiben Rückfälle, die sich mit einer gewissen Regelmäßigkeit eingestellt hatten, plötzlich aus. Manchmal vollzieht sich die Veränderung zum Positiven hin ganz langsam, fast unbemerkt. Fachkräfte sollten nie vergessen, dass positive Entwicklung jederzeit möglich ist, auch nach langer psychischer Erkrankung und dass Prognosen für den Einzelfall deshalb äußerst schwierig und wenig nützlich sind. Vor allem aber sollten wir bedenken, dass unsere Klienten nie entweder nur krank oder nur gesund sind. Immer sind beide Anteile gleichzeitig vorhanden, mal überwiegen die Krankheit, dann wieder die gesunden Anteile. Auch Klienten mit schweren psychischen Erkrankungen führen in manchen Bereichen ein sehr gesundes Leben und können nicht auf die Rolle des Kranken reduziert werden. Dabei ist jeder Gesundungsweg anders und Gesundung ist meist kein linearer, vorhersagbarer Prozess.

BEISPIEL

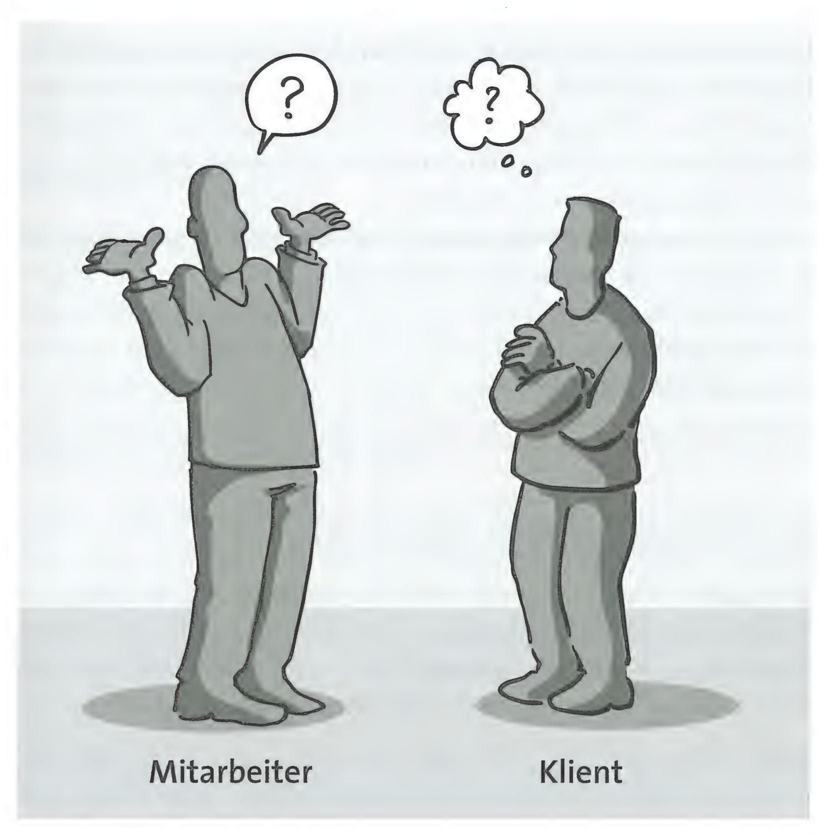
Fritz und Egon wohnen mittlerweile seit vielen Jahren zusammen und haben keine schwereren psychischen Krisen erlebt in dieser Zeit. Die Ärzte haben bestätigt, dass die körperliche Erkrankung von Fritz nicht behandelbar ist, aber sie scheint langsamer voranzuschreiten. Egon und Fritz sind zufrieden mit ihrem Wohnmodell. ✖

Wie findet man Lösungen in komplexen beruflichen Alltagssituationen?

Haben Sie auch schon einmal festgestellt, wie unglaublich vielfältig die Situationen sind, denen Sie in Ihrem Arbeitsalltag begegnen? Die Fragen und Problemstellungen reichen von der Auszahlung des Mittagessensgeldes über die Klärung von Versicherungszeiten, Informationen über therapeutische Angebote bis hin zu existenziellen Fragestellungen, suizidalen Krisen und tiefschürfenden Gesprächen. Bei manchen Fragestellungen stellt sich schnell heraus, dass wir die falsche Ansprechperson sind, bei anderen Fragen fühlen wir uns zuständig, sind aber nicht immer ausreichend informiert.



ABBILDUNG 4



Manchmal müssen wir abwarten, manchmal weiter vermitteln an zuständige Kollegen, manchmal zur Selbsthilfe ermuntern und manchmal ist es auch erforderlich, selbst anzupacken und zu helfen. Und nicht selten wissen wir zunächst einmal gar nicht, was zu tun ist. Das muss kein schlechtes Zeichen sein: Die Haltung des Nicht-Wissens und gemeinsamen Klärens und Herausfindens sollten auch erfahrene Fachkräfte immer wieder einnehmen.
Alltägliches berufliches Handeln wird bestimmt durch unsere jeweilige Rolle, den institutionellen Kontext, gesetzliche Rahmenbedingungen, Arbeitsaufteilungen im Team, Arbeitszeiten, Erwartungen der Klienten, unsere Beziehungen zu den Klienten und vieles mehr. Nicht selten treten unsichere und unklare Situationen auf, in denen von Fachkräften hohe Problemlösefähigkeiten und Klärungskompetenzen verlangt werden.

Das Klärungskarussell

Um in solchen Situationen den Überblick zu behalten, wird im Folgenden ein Modell vorgestellt, das eine Orientierungshilfe sein kann. Dieses Klärungsmodell dient dazu, sowohl rein reflexhafte als auch allzu routinierte Handlungen zu vermeiden und reflektiert und wirkungsbewusst zu handeln.
Das Klärungskarussell besteht im Kern aus vier Klärungsschritten:

1. Selbstklärung und Beziehungsklärung,
2. Rollenklärung,
3. Auftragsklärung,
4. Kontextklärung.

Die einzelnen Schritte sollen im Folgenden näher erläutert werden.

Selbstklärung und Beziehungsklärung

Hier geht es darum, sich auf der Gefühlsebene selbst zu fragen:

- Was löst der Klient in mir aus?
- Was wäre jetzt für mich stimmig?
- Wie ist meine Beziehung zu dem Klienten?

Nicht immer empfinden wir das, was wir unserer Rolle oder unserem Auftrag entsprechend empfinden sollten. Manchmal sind wir genervt oder ungeduldig, wo wir doch vermeintlich Mitleid empfinden sollten. Es ist nicht schlimm, wenn unsere Emotionen nicht immer so sind, wie wir sie uns im Idealfall vorstellen. Wir sollten sie nur aufmerksam wahrnehmen und darüber nachdenken, was sie uns über die Situation, über den Klienten und über uns selbst sagen.

Rollenklärung

Hier sollten wir einen sachlichen Blick auf das System werfen, in dem wir uns bewegen und dessen Teil wir sind:

- In welcher Rolle begegne ich dem Klienten?
- Welche Rolle habe ich im Unterstützungssystem des Klienten?
- Gibt es Überschneidungen von Zuständigkeiten?

Es ist ein Unterschied, ob man einen Klienten privat in der Freizeit trifft oder in einer beruflichen Situation; es ist ein Unterschied, ob man Gruppenleiter, Krankenschwester oder Heimleiterin ist; und es spielt eine Rolle, ob man eine therapeutische Beziehung zu dem Klienten hat mit konkretem therapeutischen Auftrag, wie z. B. ein Ergotherapeut, der einen konkreten Auftrag für Arbeits- oder Beschäftigungstherapie hat, oder ob man nicht direkt für den Klienten zuständig ist.

Auftragsklärung

Wir haben es im Arbeitsalltag meistens gleich mit mehreren Aufträgen zu tun:

- Eigenauftrag: Welchen Auftrag erteile ich mir selbst?
- Auftrag des Klienten: Welchen Auftrag erteilt mir der Klient?
- Fremdaufträge: Welchen Auftrag erteilt mir mein Arbeitgeber? Bekomme ich Aufträge von Kostenträgern? Von Angehörigen des Klienten? Von anderen Personen?

Nicht selten kommt es vor, dass Aufträge sich widersprechen. Es kann dann sehr hilfreich sein, zu klären, welcher Auftrag Vorrang hat. Vor allem kann es sehr erhellend sein, den Klientenauftrag zu klären. Was möchte der Klient eigentlich wirklich? Nicht selten erwarten die Klienten gar keine Behandlung oder Unterstützung im engeren Sinne, sondern möchten sich beispielsweise nur emotional entlasten. De Shazer (1995), ein systemischer Psychotherapeut, spricht deshalb auch von *Besuchern* (Klienten, die nur mal vorbeischauen und sich ein wenig unterhalten wollen, es liegen keine Beschwerden sowie keine ausgesprochenen Veränderungser-

wartungen vor), *Klagenden* (Klienten, die sich emotional entlasten und klagen möchten und von der Fachkraft nur erwarten, dass sie zuhört) und *Klienten* (die etwas an ihrem Problem verändern wollen und aktive Unterstützung durch eine Fachkraft erwarten).

Kontextklärung

Wir bewegen uns in unterschiedlichen Kontexten. Das Ausmaß, in dem Klienten Verantwortung übernehmen und sich aktiv beteiligen, ist je nach Kontext unterschiedlich. RUF (2005) unterscheidet zwischen folgenden Kontexten:

- Normativer Kontext: Vieles oder fast alles ist festgelegt durch klare Vorgaben, beispielsweise eine Hausordnung, Werkstattordnung oder gesetzliche Rahmenbedingungen. Sehr ausgeprägte normative Kontexte sind geschlossene Heime oder Stationen und forensische Abteilungen. Im normativen Kontext geht es um die Ausübung sozialer Kontrolle, nicht um therapeutische Unterstützung.
- Problemlösekontext: Hier sind Klienten und unterstützende Fachkraft in der klassischen Arbeitsbeziehung. Der Klient möchte aktiv etwas an seinem Problem verändern und erwartet, dass die Fachkraft ihn unterstützt, ihm jedoch nicht alles abnimmt. Klient und Fachkraft sind gleichermaßen aktiv, der Klient bekommt Hilfe zur Selbsthilfe.
- Krankheitskontext: In diesem Kontext erlebt der Klient sich selbst als zu krank, um aktiv zu werden und sein Problem selbst zu lösen. Er erwartet vielmehr von der Fachkraft aktive Hilfe, Behandlung oder Unterstützung, selbst möchte er eher passiv bleiben.

Probleme treten vor allem dann auf, wenn Fachkräfte und Klienten sich in unterschiedlichen Kontexten bewegen. Wenn beispielweise ein Klient Behandlung im klassischen Krankheitskontext erwartet, die Fachkraft aber davon ausgeht, einen aktiven, Veränderungen anstrebenden Klienten vor sich zu haben. Schwierig ist es auch, den Kontext zu wechseln, ohne dies deutlich zu machen. Beispielsweise, wenn eine Fachkraft eine Klientin zunächst im Problemlösekontext therapeutisch unterstützt, dann jedoch ohne Erläuterung die Einhaltung von Regeln der Hausordnung einfordert und sanktioniert (normativer Kontext).

Das Klärungskarussell – Anwendungsbeispiele

BEISPIEL

Sandra ist Sozialdienstmitarbeiterin. Sie möchte zwischen 12 und 12:30 Uhr in die Mittagspause gehen. Schon wieder besucht sie Herr Baier, ein Klient, der sehr häufig kurz vor der Mittagspause mit seinen Schwierigkeiten zu ihr kommt. Sandra gelingt es schwer, nein zu sagen und sich abzugrenzen. Sie fühlt sich verantwortlich und möchte kurz hören, worum es Herrn Baier geht. Er berichtet ihr, welche Konflikte er am Vormittag in der Ergotherapie erlebt hat. Hinterher ist Sandra verärgert. Sie hat das Gefühl, das hätte auch noch warten können. Nun schafft sie es gerade noch, zu Mittag zu essen, ihre Kollegen trifft sie dabei nicht mehr. Sandra überlegt sich, dass sie für das nächste Mal, wenn Herr Baier wieder kurz vor der Mittagspause kommt, besser vorbereitet sein möchte. Dafür nutzt sie das Klärungskarussell.

ABBILDUNG 5



Selbstklärung

Sandra steigt ein mit der Selbstklärung. Sie fragt sich, woher das starke Gefühl von Ärger auf Herrn Baier kommt. Ihr wird dabei deutlich, dass Herr Baier regelmäßig ihre Mittagspause verkürzt, weil er etwas besprechen möchte, das sie eigentlich auch später noch klären könnten. Das Gefühl von Ärger signalisiert ihr, dass die Situation nicht stimmig ist, und sie nimmt sich vor, sich nächstes Mal besser abzugrenzen und Herrn Baier eine Gesprächsmöglichkeit außerhalb der Mittagspause anzubieten. Sie nimmt sich auch vor, Herrn Baier deutlich zu sagen, dass sie in der Mittagspause keine Gespräche anbietet.

BEISPIEL

Sabine ist seit zwei Jahren Gruppenleiterin in einer Werkstatt. Frau Sauer sitzt vor ihr. Sie klagt darüber, dass sie mit ihrer Wohnsituation nicht mehr klarkomme, sie habe ständig Konflikte mit ihrem unordentlichen Mitbewohner und den Verkehrslärm empfinde sie als unerträglich laut. Deswegen komme sie immer zu spät zur Arbeit und könne sich kaum noch konzentrieren. Sabine würde am liebsten gleich mit Frau Sauer nach einer neuen Wohnung suchen. Im letzten Moment fragt sie sich jedoch, ob sie dafür tatsächlich die richtige Ansprechperson ist.

ABBILDUNG 6



Rollenklärung

Sabine fragt sich, in welcher Rolle sie der Klientin begegnet. Klar ist, dass ihre Rolle die einer Gruppenleiterin in der Werkstatt ist. Sie fragt sich, ob es weitere Fachkräfte gibt, die Frau Sauer unterstützen. Ihr fällt ein, dass Frau Sauer in einer betreuten WG wohnt. Sabine wird klar, dass sie eigentlich nicht zuständig ist. Da es Frau Sauer aber sehr schlecht geht und die Wohnsituation sich auch auf die Arbeit auswirkt, möchte sich Sabine doch nicht ganz raushalten. Sie beschließt, Frau Sauer zu fragen, ob sie schon mit ihrer WG-Betreuerin darüber gesprochen hat und ob ein gemeinsames Gespräch sinnvoll wäre.

BEISPIEL

Wolfgang ist enttäuscht. Schon wieder muss er Herrn Ziegler wecken, weil die Kollegen aus der Ergotherapie während seiner Frühschicht angerufen und mitgeteilt haben, dass Herr Ziegler wieder nicht gekommen ist. Dabei hatte es Wolfgang bisher immer geschafft, dass alle Bewohner aus seinem Bereich freiwillig zur Ergotherapie gegangen sind. Ärgerlich macht sich Wolfgang auf den Weg zum Zimmer von Herrn Ziegler. Schon überlegt er, wie er Herrn Ziegler am besten wach bekommt. Doch bevor er die Tür öffnet, denkt er noch einmal nach.

ABBILDUNG 7





Auftragsklärung

Wolfgang fragt sich, warum er so ärgerlich und enttäuscht ist. Wer will denn, dass er Herrn Ziegler weckt und zur Arbeit schickt? Herr Ziegler selbst? Die Kollegen aus der Ergotherapie? Die Einrichtungsleitung? Der Kostenträger? Oder etwa Wolfgang selbst? Dabei wird ihm deutlich, dass der Kostenträger keine eindeutigen Vorgaben macht. Auch die Wohnheimleitung lässt es offen, ob und wann die Bewohner arbeiten gehen. Die Ergotherapeutin wünscht, dass möglichst viele Bewohner zur Ergotherapie kommen. Auch Wolfgang selbst hat sich den Auftrag erteilt, alle seine Bewohner zur Ergotherapie zu motivieren. Wolfgang fällt auf, dass bisher niemand Herrn Ziegler gefragt hat, was er eigentlich möchte und sein Wunsch deshalb unklar und bisher unberücksichtigt blieb. Wolfgang beschließt, Herrn Ziegler jetzt nicht zu wecken. Er möchte erst mit ihm klären, ob es eigentlich ein Ziel von Herrn Ziegler ist, regelmäßig zur Ergotherapie zu gehen und welche Unterstützung er dafür gegebenenfalls von Wolfgang haben möchte.

BEISPIEL

Sascha ist bei seinen Klienten sehr beliebt. Er unternimmt gerne Freizeitaktivitäten mit ihnen und findet durch seine lockere Art vor allem zu jüngeren Klienten schnell einen Zugang. Bei einem Rundgang entdeckt er zwei seiner jungen Klienten, die vor dem Haupteingang rauchen, obwohl die Hausordnung klar regelt, dass Rauchen dort verboten ist. Sascha ist unsicher: Wie soll er reagieren? Soll er sich unbeliebt machen? Soll er so tun, als hätte er nichts gesehen? Sascha denkt nach.



Kontextklärung

Obwohl Sascha die Klienten mag, wird ihm deutlich, dass Rauchen vor dem Haupteingag ein klarer Verstoß gegen die Hausordnung ist. Dadurch ist ein normativer Kontext vorgegeben. Sascha ist sich darüber im Klaren, dass er Verstöße gegen die Hausordnung nicht einfach hinnehmen kann. Das bringt ihn in einen inneren Konflikt, weil er gerne beliebt bleiben möchte bei seinen Klienten. Ihm fällt es leichter, mit ihnen gemeinsam Probleme zu lösen und Freizeitaktivitäten zu planen. Sascha macht sich auch Sorgen, dass die Klienten ihn nicht mehr mögen, wenn er strenger auftritt als bisher. Er nimmt sich vor, den Klienten zu erklären, dass das Rauchverbot in der Hausordnung steht und eine Regel zum Schutz der Nichtraucher ist, die nicht einfach anders ausgelegt werden kann, und er deshalb nicht hinnehmen kann, dass die Klienten am Haupteingang der Einrichtung rauchen.



ABBILDUNG 8

Wirkungsbewusstes Handeln

Durch das Klärungskarussell wird das eigene Handeln bewusster. Kontext, Auftrag, Rolle und eigene Stimmigkeit werden berücksichtigt. Eine klare Handlungsabsicht wird verfolgt. Ob sie richtig, passend und stimmig für den jeweiligen Klienten und die gesamte Situation ist, zeigt sich jedoch erst, wenn sie ausprobiert worden ist. Wir erfahren nur durch die Reaktion des Klienten, welche Wirkung unsere Handlung tatsächlich hatte – möglicherweise genau jene, die wir beabsichtigt hatten, vielleicht aber auch eine ganz andere. Die Klärung kann man mit einer Hypothese vergleichen: Indem ich handle, teste ich die Hypothese, ob sie richtig, passend, stimmig ist für Situation und Person. Es kommt nicht nur darauf an, ob wir die richtige Absicht bzw. Hypothese hatten, letztlich zählt, ob sie in der Umsetzung die erwünschte und erwartete Wirkung erzielt.

ABBILDUNG 9



BEISPIELE

Herr Baier ist sehr enttäuscht, dass Sandra ihn jetzt nicht mehr in ihrer Mittagspause anhören möchte. Er befürchtet, dass er sich auch dann nicht an sie wenden kann, wenn er eine suizidale Krise hat. Sandra und Herr Baier vereinbaren für diesen Fall eine Ausnahmeregelung.

Sabine verweist Frau Sauer an ihre WG-Betreuerin. Dabei stellt sich heraus, dass Frau Sauer noch nicht mit der Betreuerin sprechen möchte, weil sie zwar unzufrieden ist mit ihrer Wohnsituation, sich aber momentan einen Umzug auch noch nicht zutraut. Sie erwartet von Sabine auch keine aktive Unterstützung, sondern möchte sich nur emotional entlasten und ein wenig klagen können. Sabine kann das gut verstehen, verspricht ein offenes Ohr zu haben und sie vereinbaren, dass Frau Sauer selbst die WG-Betreuerin einschalten wird, wenn sie doch etwas an ihrer Situation verändern möchte. Sabine ist entlastet, weil sie nicht aktiv werden und die Klagen nicht als Auftrag verstehen muss.

Im Klärungsgespräch hat Wolfgang herausgefunden, dass sich Herr Ziegler noch überfordert fühlt durch die Arbeit in der Ergotherapie. Er möchte sich erst anderen Themen widmen und erst dann in die Ergotherapie gehen, wenn er es schafft, selbständig aufzustehen. Wolfgang vereinbart mit Herrn Ziegler, dass er nicht mehr geweckt wird.

Sascha erkennt, dass seine Klienten ihn bisher etwas einseitig gesehen haben, nur als lockeren Kumpel. Nachdem er auf einen Regelverstoß hingewiesen hat, stellt er fest, dass er trotzdem eine gute Beziehung zu den Klienten bewahren kann und dass es kein Widerspruch sein muss, beliebt zu sein und Regeln durchzusetzen.



Offen sein für die Reaktionen des anderen, genaues Hinsehen und Hinhören sind die Basis für professionelles Handeln.

Durch eigenes Handeln lernen wir Situationen besser kennen und ebenso auch die Bedürfnisse der Person. So wurde beispielsweise deutlich, dass das Bedürfnis von Frau Sauer nicht die Veränderung ihrer Wohnsituation war, sondern nur die emotionale Entlastung. Hypothesen können sich als unzutreffend herausstellen. In jeder Situation finden neue Lernprozesse statt. Vor allem, wenn wir offen sind für Reaktionen des anderen, hinhören und hinsehen. Auf diese Weise lernen wir, **wirkungsbewusst** zu handeln. Wenn unser Handeln eine nicht erwartete Wirkung hat, kann das Klärungskarussell noch einmal von vorn beginnen. Die Wirkung, die wir erzielen, ist nicht immer die, die wir beabsichtigen. Wenn die Wirkung deutlich der Absicht widerspricht, muss das Klärungskarussell erneut gestartet werden.

TEIL 2

Psychosen

»Das ist doch schizophren!« Immer wieder hören wir das im Alltag. Gemeint ist damit meistens, dass etwas verrückt oder absurd ist. Ist Schizophrenie demnach ein anderes Wort für Verrücktheit? Betroffene bevorzugen die Bezeichnung Psychose, die allgemeiner ist und alle möglichen Verlaufs- und Erscheinungsformen aus dem sogenannten schizophrenen Formenkreis umfasst. Weltweit ist etwa 1 Prozent der Bevölkerung an einer Psychose erkrankt. Und die Prognose ist sehr viel besser, als man im Allgemeinen annimmt.

Erleben einer Betroffenen

BEISPIEL

Erika versucht, nie zweimal in demselben Geschäft einzukaufen. Sie weiß, dass die sie verfolgen und wenn sie zweimal in denselben Laden ginge, würden die dort schon auf sie warten und sie mitnehmen. Es fällt ihr nicht schwer, sie isst ohnehin kaum noch etwas und muss fast nie einkaufen. Lange schon war sie nicht mehr in einem Café, viel zu gefährlich. In ihrer Wohnung hat sie immer die Rollläden runter gelassen, auch tagsüber. So kann niemand hereinschauen und auch das Abhören wird schwieriger.
Trotzdem weiß sie, dass die bereits im Haus ein- und ausgehen. Immer wieder hört sie ihre Stimmen, wenn sie die Nachbarn ausfragen. Selbst nachts, wenn die denken, sie schlafe, hört sie sie tuscheln. Früher hat sie versucht, sich abzulenken, nicht auf die Stimmen zu achten und wieder einzuschlafen. Jetzt bleibt sie bewusst die ganze Nacht wach, um nichts zu verpassen. Sie versucht, zu verstehen, was die sagen. Manchmal sprechen sie ganz klar und deutlich ihren Namen aus. Auch die Worte Geld und Tod hat sie schon deutlich vernommen. Sie weiß ganz sicher, dass sie in Gefahr ist und dass die Nachbarn mit denen zusammen arbeiten. Sie grüßt niemanden und schleicht nur dann durchs Treppenhaus auf die Straße, wenn sie hoffen kann, niemanden zu treffen. Neulich ist ein Polizeiauto an ihr vorbeigefahren. Die Polizisten waren in Zivil, aber sie hat sie trotzdem erkannt. Die taten so, als würden

sie sie nicht bemerken. Aber ihr war klar, dass die nur auf den richtigen Moment warteten. Vor einigen Jahren wurde ihr bei einer Zahn-Operation heimlich ein Chip eingesetzt, mit dem die ihre Gedanken abhören können und immer wissen, wo sie ist.
Erika weiß, dass sie Hilfe braucht, aber trauen kann sie niemandem. Gestern klingelte wieder eine Frau und tat so, als sei sie die Mitarbeiterin vom Sozialpsychiatrischen Dienst. Eine Zeit lang, nachdem sie das letzte Mal in einer Klinik war, ging sie dort regelmäßig hin. Erika würde eigentlich gerne mit ihr reden, aber es kommt auf keinen Fall infrage, sie in die Wohnung zu lassen. Wie kann sie denn wissen, dass die Mitarbeiterin nicht mit denen unter einer Decke steckt? Erika nimmt sich vor, ganz leise durch die Tür mit der Mitarbeiterin zu sprechen, falls sie noch einmal kommen sollte.

Eine akute Psychose kann uns als etwas sehr Fremdes erscheinen, das Angst, Abwehr und Unverständnis auslösen kann. Die Psychose ist wie »ein Traum ohne den Schutz des Schlafes« (Bock 2005). Menschen in einer akuten Psychose leben in ihrer eigenen Welt, einer Welt, die sich mit der Welt, wie sie die meisten anderen Menschen wahrnehmen, nur teilweise überschneidet. Sie gehen durch dieselben Straßen, sehen dieselben Autos vorbeifahren und kaufen ähnliche Dinge ein. Aber was sie wahrnehmen, ist etwas völlig anderes: Gefahr, Bedrohung, geheime Bedeutung, Botschaften und Befehle hinter Dingen, die anderen vollständig harmlos erscheinen.



Menschen, die an einer Psychose erkrankt sind, leben in zwei Wirklichkeiten.

Wenn jemand schizophren ist, bedeutet dies wörtlich übersetzt, dass seine Seele gespalten ist. Oft befürchtet man dann, dass er zwei Persönlichkeiten hat oder zwei Gesichter, so wie Dr. Jekyll und Mr. Hyde. Tatsächlich ist es eher so, dass die Betroffenen so wie Erika in zwei Wirklichkeiten leben (Bäuml 2008): in jener Wirklichkeit, die mit dem normalen Verständnis und Empfinden der Durchschnittsbevölkerung weitgehend übereinstimmt und gleichzeitig in einer privaten Wirklichkeit, in der die Betroffenen Dinge erfahren und erleben, die andere nicht nachvollziehen können.
Wenn die Psychose akut ist, kann die private Wirklichkeit im Erleben der Betroffenen im Vordergrund stehen, wie im Beispiel von Erika. Manchmal scheinen die Betroffenen dann vollständig vergessen zu haben, dass es auch eine allgemeine Wirklichkeit gibt, in der sie einmal gelebt haben. Außerhalb akuter Phasen ist die private Wirklichkeit dagegen oft ganz verschwunden und die Klienten leben in derselben Wirklichkeit wie alle anderen auch.

Was wir alle kennen

Schizophren zu sein oder an einer Psychose zu leiden meint also das Vorhandensein zweier nebeneinander stehender Wahrnehmungswelten. Die eine Wahrnehmungswelt stimmt mit der Wahrnehmung der meisten anderen Menschen im selben sozialen Umfeld überein. Die andere Welt scheint auf den ersten Blick sehr privat und oftmals seltsam, falsch und beängstigend zu sein. Wir gehen davon aus, dass Erika nicht über einen Chip abgehört wird, dass es keine Polizisten in Zivil sind, die ihr folgen, sondern ganz normale Autos und dass sie auch nicht in Gefahr ist. Auf der anderen Seite ist diese psychotische Welt nicht vollkommen fremd, wenn wir versuchen, uns darauf einzulassen. Jeder kennt das Gefühl, anderen nicht trauen zu können. Das Gefühl, dass andere nicht ehrlich sind, nicht die Wahrheit sagen und man nach versteckten Andeutungen oder Anzeichen von Verschwörung suchen muss. Warum haben heute schon zwei Kollegen nicht gegrüßt? Haben die sich da gerade hinter meinem Rücken zugezwinkert? Natürlich ist es nicht sinnvoll, sie einfach darauf anzusprechen, sie würden es leugnen.

Wer schon einmal auf sich allein gestellt in einer vollkommen fremden Stadt, in einem fremden Land, oder einem anderen Kontinent war, kann vielleicht nachvollziehen, wie es sich anfühlt, aus dem Rhythmus der Gesellschaft herausgefallen zu sein. Um einen herum ist alles laut, hektisch, betriebsam, alle wissen, was zu tun ist und scheinen sich durch geheime Zeichen abzustimmen und zu verstehen. Nur man selbst ist »aus der Zeit gefallen«, kann die vielen Reize nicht sortieren, fühlt sich überflutet und überfordert, hilflos und allein. Zugleich fallen einem viele Details auf, man achtet auf Kleinigkeiten, weil man nicht weiß, ob sie wichtig und bedeutungsvoll sind. Abends fühlt man sich erschöpft, hat aber auch das Gefühl, einen Tag sehr bewusst und aufmerksam verbracht zu haben und nicht nur im üblichen Trott der Alltagsroutine. Und wer hat nicht schon erlebt, dass ein Gedanke, der uns sehr erschreckt oder uns große Sorgen bereitet, übermächtig wird in unserem Denken und es große Anstrengung kostet, uns auch nur kurzfristig auf etwas anderes zu konzentrieren? Vielleicht sind es ja auch keine sorgenvollen Gedanken, sondern kreative, große Ideen, die uns nicht aus dem Kopf gehen und auf die wir uns voll und ganz konzentrieren wollen?



Der Übergang in eine Psychose ist fließend.

Man kann sich diesen Übergang von einer besonderen Wachheit und der Offenheit für eigene Ideen oder Impulse von außen über eine erhöhte Ablenkbarkeit bis hin zu einer Psychose auf einer Skala von 1 bis 10 vorstellen:

1. wach, offen für Ideen, aufmerksam für kleine Details, sehr konzentriert;
2. kreativ, energiegeladen;
3. kreativ, energiegeladen in einem Bereich, Vernachlässigung anderer Bereiche;
4. Gedanken gehen durcheinander, die Konzentration fällt schwer;
5. Gefühl extremer Durchlässigkeit, Reizüberflutung, alles wird zu viel;
6. Misstrauen, Rückzug von anderen, besondere Bedeutung bestimmter Wahrnehmungen, die andere nicht erleben;
7. zunehmendes Misstrauen, Gefühl, dass etwas im Gange ist;
8. Gefühl, bedroht zu sein, sich nicht mehr in die Karten schauen lassen, Abwehr- und Schutzmaßnahmen ergreifen, wahnhafte Verarbeitung, Verwirrung;
9. akute Psychose: Stimmenhören, Wahn, Halluzinationen;
10. völliger Rückzug in die Psychose, in die eigene private Wahrnehmungswelt.



Erlebnisinhalte in der akuten Psychose haben oft einen Bezug zur Lebensgeschichte der Betroffenen.

Gerade bei einer Psychose ist ein verstehender Zugang besonders wichtig, und es ist durchaus möglich, Menschen auch in die Wahrnehmungswelt einer akuten Psychose ein Stück weit zu folgen. Dies gelingt allerdings häufig erst nach Abklingen der akuten Phase, wenn sie uns davon berichten können. Wenn wir versuchen zu verstehen, spüren wir etwas von der Verzweiflung und der Ausweglosigkeit dieser Situation.

Und doch sind Psychosen nicht nur negativ, nicht nur eine Fehlfunktion der menschlichen Natur. Sie kommen in allen Bevölkerungsgruppen und überall auf der Welt etwa gleich häufig vor. Die Zahl der Erkrankungen (siehe S. 59) ist seit langer Zeit stabil und scheint sich nicht zu ändern. Man nimmt deshalb an, dass die Veranlagung zur Psychose im Kern auch etwas Gutes hat und nur in der extremen Ausprägung eine Erkrankung darstellt. Hätte der Mensch nicht die Fähigkeit zur Psychose, wäre der Mensch »kein Forscher, kein Künstler, kein Philosoph, kein transzendentales und religiöses Wesen« (Bock 2005). Ohne die Fähigkeit, besonders aufmerksam und offen für kleinste Details zu sein und Ideen bedingungslos zu verfolgen, hätte die Menschheit große Erfindungen nicht gemacht und sich nicht weiter entwickelt. Es

steckt eine große Kraft und Kreativität in der Veranlagung, in der extremen Ausprägung der Psychose überwiegt jedoch bei Weitem das Leiden.

Informationen zu Psychosen

Vordergrund

Typisch ist ein Verlauf in Phasen.

Unter dem Begriff Psychose versteht man eine ganze Gruppe von Erkrankungen, die sehr umfassend das Denken und Fühlen, die Wahrnehmung, den Antrieb und Willen sowie das Erleben einer Person beeinflussen und verändern. Die Erkrankung verläuft meistens in Phasen, es gibt akute Phasen und weitgehend symptomfreie Zeiten, die in der Regel deutlich überwiegen. Die meisten Patienten erleben immer wieder akute Phasen und Rückfälle. Bei etwa 10 bis 20 Prozent der Betroffenen bleibt es aber bei einer einzigen akuten Episode. Die meisten Betroffenen erholen sich zwischen den akuten Phasen vollständig, bei etwa 20 bis 30 Prozent bleiben jedoch auch außerhalb akuter Phasen Einschränkungen zurück. Beispielsweise sind Konzentrationsvermögen, Ausdauer oder Antrieb nicht mehr so gut wie vor der Erkrankung. Man spricht dann von einem Residualzustand, was so viel bedeutet wie anhaltender Schwächezustand.

Frühwarnzeichen

Die Erkrankung beginnt meist mit eher unspezifischen Veränderungen, den sogenannten Frühwarnzeichen. Die akute Phase schließt sich an, wenn die Erkrankung voranschreitet und nicht rechtzeitig gegengesteuert werden konnte. Dabei stehen zunächst sogenannte Plussymptome (oder Positivsymptome) im Vordergrund, die auf ein Übermaß an Energie und Wahrnehmungsoffenheit hinweisen (BÄUML 2008). Nach Abklingen der akuten Phase, teilweise aber auch schon währenddessen treten dann die sogenannten Minussymptome (oder Negativsymptome) auf, die umgekehrt das Fehlen von Energie und Antrieb beschreiben. In der folgenden Abbildung 10 ist der phasenhafte Verlauf einer Psychose dargestellt.

Den Frühwarnzeichen kommt eine besondere Bedeutung zu. Sie treten auf, bevor die Erkrankung akut wird. Wenn sie beachtet

ABBILDUNG 10

Phasenhafter Verlauf einer Psychose (nach BÄUML 2008, mit freundlicher Genehmigung von Springer Science and Business Media)

werden und sofort Gegenmaßnahmen ergriffen werden, kann meist eine akute Phase noch abgewendet werden. In der akuten Psychose sind die Betroffenen oft nur schwer zugänglich, sie leben in ihrer eigenen Welt, die für Betreuer und Bezugspersonen kaum verständlich ist. Die Patienten leiden dann meist sehr, sind sich aber in der Regel ihrer Erkrankung nicht bewusst. Anders ist das bei den Frühwarnzeichen. Diese werden auch von den Betroffenen als Hinweis auf eine drohende Wiedererkrankung erkannt. Es ist gut möglich, über das Auftreten von Frühwarnzeichen mit den Betroffenen zu sprechen und gemeinsam zu überlegen, was zu tun ist, um eine drohende Krise abzuwenden. Besonders hilfreich ist es, das Vorgehen bereits in einem Krisenplan (siehe S. 75 ff.) festgelegt zu haben. Es ist also bei einer Psychose nicht so wie bei einem grippalen Infekt, bei dem man erste Anzeichen wie Husten und Schnupfen zunächst selbst zu bekämpfen versucht und erst ärztliche Hilfe aufsucht, wenn hohes Fieber hinzukommt und die Beschwerden sich verschlimmern. Bei einer Psychose ist es wichtig, bereits frühe Warnzeichen aufmerksam wahrzunehmen und professionelle Hilfe zu suchen. Werden sie übersehen, wird es immer schwieriger, noch einen Zugang zum Betroffenen in der akuten Psychose zu finden und ihn zur Behandlung zu motivieren.



Frühwarnzeichen können dazu genutzt werden, eine akute Phase abzuwenden.

Typische Frühwarnzeichen vor einer Psychose sind (nach RIECHER-RÖSSLER 2007):

Veränderungen des Wesens: Unruhe, Nervosität, Reizbarkeit, erhöhte Sensibilität, Überempfindlichkeit, Irritierbarkeit, Schlafstö-

steckt eine große Kraft und Kreativität in der Veranlagung, in der extremen Ausprägung der Psychose überwiegt jedoch bei Weitem das Leiden.

Informationen zu Psychosen

Vordergrund

Typisch ist ein Verlauf in Phasen.

Unter dem Begriff Psychose versteht man eine ganze Gruppe von Erkrankungen, die sehr umfassend das Denken und Fühlen, die Wahrnehmung, den Antrieb und Willen sowie das Erleben einer Person beeinflussen und verändern. Die Erkrankung verläuft meistens in Phasen, es gibt akute Phasen und weitgehend symptomfreie Zeiten, die in der Regel deutlich überwiegen. Die meisten Patienten erleben immer wieder akute Phasen und Rückfälle. Bei etwa 10 bis 20 Prozent der Betroffenen bleibt es aber bei einer einzigen akuten Episode. Die meisten Betroffenen erholen sich zwischen den akuten Phasen vollständig, bei etwa 20 bis 30 Prozent bleiben jedoch auch außerhalb akuter Phasen Einschränkungen zurück. Beispielsweise sind Konzentrationsvermögen, Ausdauer oder Antrieb nicht mehr so gut wie vor der Erkrankung. Man spricht dann von einem Residualzustand, was so viel bedeutet wie anhaltender Schwächezustand.

Frühwarnzeichen

Die Erkrankung beginnt meist mit eher unspezifischen Veränderungen, den sogenannten Frühwarnzeichen. Die akute Phase schließt sich an, wenn die Erkrankung voranschreitet und nicht rechtzeitig gegengesteuert werden konnte. Dabei stehen zunächst sogenannte Plussymptome (oder Positivsymptome) im Vordergrund, die auf ein Übermaß an Energie und Wahrnehmungsoffenheit hinweisen (Bäuml 2008). Nach Abklingen der akuten Phase, teilweise aber auch schon währenddessen treten dann die sogenannten Minussymptome (oder Negativsymptome) auf, die umgekehrt das Fehlen von Energie und Antrieb beschreiben. In der folgenden Abbildung 10 ist der phasenhafte Verlauf einer Psychose dargestellt.

Den Frühwarnzeichen kommt eine besondere Bedeutung zu. Sie treten auf, bevor die Erkrankung akut wird. Wenn sie beachtet

Plus-Symptome
Stimmen hören
Anspannung
Sich verfolgt fühlen
Misstrauen
Schlafstörungen
Angst
Konzentrationsstörungen

Alltagsbefinden — Frühwarnzeichen | Akute Psychose | Postpsychotische Phase

Müdigkeit
Lustlosigkeit
Energielosigkeit
Rückzug
Depression
Minus-Symptome

ABBILDUNG 10
Phasenhafter Verlauf einer Psychose (nach Bäuml 2008, mit freundlicher Genehmigung von Springer Science and Business Media)

werden und sofort Gegenmaßnahmen ergriffen werden, kann meist eine akute Phase noch abgewendet werden. In der akuten Psychose sind die Betroffenen oft nur schwer zugänglich, sie leben in ihrer eigenen Welt, die für Betreuer und Bezugspersonen kaum verständlich ist. Die Patienten leiden dann meist sehr, sind sich aber in der Regel ihrer Erkrankung nicht bewusst. Anders ist das bei den Frühwarnzeichen. Diese werden auch von den Betroffenen als Hinweis auf eine drohende Wiedererkrankung erkannt. Es ist gut möglich, über das Auftreten von Frühwarnzeichen mit den Betroffenen zu sprechen und gemeinsam zu überlegen, was zu tun ist, um eine drohende Krise abzuwenden. Besonders hilfreich ist es, das Vorgehen bereits in einem Krisenplan (siehe S. 75 ff.) festgelegt zu haben. Es ist also bei einer Psychose nicht so wie bei einem grippalen Infekt, bei dem man erste Anzeichen wie Husten und Schnupfen zunächst selbst zu bekämpfen versucht und erst ärztliche Hilfe aufsucht, wenn hohes Fieber hinzukommt und die Beschwerden sich verschlimmern. Bei einer Psychose ist es wichtig, bereits frühe Warnzeichen aufmerksam wahrzunehmen und professionelle Hilfe zu suchen. Werden sie übersehen, wird es immer schwieriger, noch einen Zugang zum Betroffenen in der akuten Psychose zu finden und ihn zur Behandlung zu motivieren.



Frühwarnzeichen können dazu genutzt werden, eine akute Phase abzuwenden.

Typische Frühwarnzeichen vor einer Psychose sind (nach Riecher-Rössler 2007):

Veränderungen des Wesens: Unruhe, Nervosität, Reizbarkeit, erhöhte Sensibilität, Überempfindlichkeit, Irritierbarkeit, Schlafstö-

rungen, Appetitlosigkeit. Dinge vernachlässigen, die man bisher gerne gemacht hat, sich selbst vernachlässigen, Schlafstörungen.
Veränderungen der Gefühle: Depressionen, starke Stimmungsschwankungen und Ängste, v.a. Angst, geschädigt oder bedroht zu werden.
Veränderungen der Leistungsfähigkeit: geringere Belastbarkeit bei Stress, Konzentrationsstörungen und erhöhte Ablenkbarkeit, Leistungsknick.
Veränderungen im sozialen Bereich: Misstrauen, sozialer Rückzug, Probleme in Beziehungen.
Veränderungen der Interessen: plötzliche, ungewohnte Interessen, z.B. für Religiöses oder übernatürliche Dinge, Magie etc.
Veränderungen der Wahrnehmung und des Erlebens: Ereignisse und Dinge mehr auf sich beziehen, sich beobachtet, beeinträchtigt oder bedroht fühlen, sich von anderen beeinflusst oder gesteuert fühlen.
Frühwarnzeichen bei Psychosen sind sehr individuell und von Mensch zu Mensch verschieden. Wer beispielsweise immer mit Schlafproblemen zu kämpfen hat, für den sind sie kein Frühwarnzeichen. Wer immer dazu neigt, die Dinge auf sich zu beziehen, wird lernen, damit zu leben und dies nicht ständig als Warnzeichen vor einer drohenden akuten Krise verstehen. Fast alle Betroffenen können aber ganz persönliche Warnzeichen benennen, die Tage oder Wochen vor einer akuten Episode auftreten und die sich deutlich unterscheiden von den alltäglichen Symptomen, mit denen sie gelernt haben, zurechtzukommen. Es gibt keine Frühwarnzeichen, die ganz eindeutig und sicher auf eine bevorstehende Psychose hinweisen. Es ist deshalb vor allem beim erstmaligen Ausbruch einer Psychose äußerst schwierig, dies vorher bereits zu erkennen. Auch Fachleuten gelingt dies oft nicht. Betroffene oder Angehörige müssen sich deshalb nicht schämen, bei der Ersterkrankung nicht rechtzeitig gemerkt zu haben, was los ist.

Plussymptome

Während Frühwarnzeichen also eher unspezifisch sind, d.h. auch im Zusammenhang mit einer anderen psychischen Erkrankung auftreten können, sind Plussymptome deutliche Anzeichen für eine akute Psychose. Man spricht von Plussymptomen, wenn zum üblichen Durchschnittserleben etwas hinzukommt, was für Außenstehende nicht oder schwer nachvollziehbar ist. In psychiatrischen

Fachbüchern werden die Plussymptome auch oft als Positivsymptome oder produktive Symptome bezeichnet.
Folgende Plussymptome sind häufig (nach BÄUML 2008):


Denkstörungen

Die Betroffenen haben oft Konzentrationsprobleme. Ein Gedankenfluss reißt plötzlich ab, der Faden kann nicht wieder aufgenommen werden. Die Sprache verändert sich, Wortneuschöpfungen (Neologismen) treten auf. Menschen in einer Psychose haften plötzlich sehr am Konkreten, verstehen beispielsweise die Bedeutung von Sprichwörtern nicht mehr. Auch ironische Hinweise verstehen sie nicht mehr, sondern nehmen sie wörtlich. Die Assoziationen sind sehr gelockert, es werden ständig Zusammenhänge hergestellt, die vom Gesprächspartner eigentlich nicht beabsichtigt waren. So kann beispielsweise das gelbe T-Shirt eines Betreuers den Klienten wütend machen, weil es ihn an das Firmenlogo seines früheren Arbeitgebers erinnert, der ihm gekündigt hatte. Häufig gibt es auch ein übermächtiges Thema, das die Betroffenen stark beschäftigt und beunruhigt und von dem sie nicht loskommen, beispielsweise die Sorge, sie selbst oder ihre Eltern seien schwer krank und man habe die Erkrankung nur noch nicht entdeckt.


Erregung und Anspannung

Viele Klienten leiden unter großer innerer Unruhe und Getriebenheit. Manche versuchen, bewusst gegenzusteuern, bewegen sich viel oder ziehen sich zurück, sodass die innere Unruhe nicht unbedingt immer für andere erkennbar sein muss. Manchmal kommt sie auch ganz plötzlich zum Ausdruck, wenn Betroffene überfordert sind und beispielsweise mitten im Gespräch aus dem Zimmer stürmen. Die Betroffenen können meist nicht genau angeben, wovor sie Angst haben oder was sie beunruhigt, sie werden von diffusen Ängsten gequält, der Körper ist in Aufruhr und innerer Alarmbereitschaft.


Wahnerlebnisse und Wahnstimmung

Wie im Beispiel von Erika zu Beginn des Kapitels gibt es für viele Betroffene die plötzliche Gewissheit, dass etwas Unheimliches im Gange ist. Zufällige Verhaltensweisen anderer und bisher bedeutungslose Ereignisse werden als Beweise für die eigenen Befürchtungen gewertet. Die Patienten sind meist vollkommen überzeugt von ihren Ansichten und haben nicht mehr das Bedürfnis, deren Wahrheitsgehalt zu überprüfen. Auf Versuche von Gesprächspartnern, ihnen zu beweisen, dass ihre Annahmen nicht stimmen, reagieren sie verärgert, fühlen sich unverstanden und in ihrer Annahme bestätigt, dass man niemandem trauen kann.


Halluzinationen

Halluzinationen sind Trugwahrnehmungen, also Sinneseindrücke, die ohne einen entsprechenden Außenreiz entstanden sind.

Der Betroffene hört, sieht, riecht oder fühlt etwas, was mit seinem inneren Erleben in Übereinstimmung ist, von anderen aber nicht wahrgenommen wird (Jensen u.a. 2010). Am häufigsten kommt es vor, dass die Betroffenen Stimmen hören, also akustische Halluzinationen haben. Manchmal handelt es sich eher um ein Stimmengewirr, aus dem nur gelegentlich ein deutliches Wort, beispielsweise der eigene Name herauszuhören ist. Es gibt aber auch Stimmen, die mit den Betroffenen sprechen, sogenannte dialogische Stimmen. Es kommt vor, dass die Betroffenen den Stimmen antworten und sich mit ihnen unterhalten, für andere sieht das dann aus wie ein Selbstgespräch. Oftmals sehr quälend sind kommentierende Stimmen, die jede Handlung, oft aber auch jeden Gedanken oder Impuls des Patienten kommentieren, manchmal neutral, oft aber auch hämisch und gehässig. Gefährlich sind die imperativen Stimmen, die den Betroffenen befehlen, Dinge zu tun, die sie eigentlich nicht möchten. Die Patienten wehren sich oft gegen die imperativen Stimmen, dies braucht aber viel Kraft und es besteht die Gefahr, vor Erschöpfung irgendwann aufzugeben. Besonders gefährlich sind Stimmen, die den Befehl erteilen, sich das Leben zu nehmen. Ebenfalls häufig, aber weniger bekannt sind Halluzinationen von Geruchswahrnehmungen und sogenannte Leibhalluzinationen. Hier haben die Betroffenen das Gefühl, mit ihrem Körper stimme etwas nicht, er sei entstellt oder verändert. Auch sehr starke Schmerzen ohne körperliche Ursache können Leibhalluzinationen sein. Deutlich seltener treten Erscheinungen und Visionen, also optische Halluzinationen auf.

Ich-Störungen und Fremdbeeinflussungserlebnisse

In der akuten Psychose scheint die Abgrenzung zwischen der eigenen Person und der Außenwelt extrem dünn geworden zu sein oder sich ganz aufgelöst zu haben. Das Gespür für sich selbst und die eigenen Grenzen geht vorübergehend verloren. Nicht umsonst sprechen viele Betroffene auch von ihrer außergewöhnlichen Dünnhäutigkeit. In der akuten Psychose haben sie das Gefühl, andere hätten unbegrenzt Zugriff auf sie, könnten ihre Gedanken lesen und beeinflussen, ihr Verhalten steuern; sie erleben sich mitunter wie eine Marionette oder ein Roboter. Gedanken können auch von außen in sie hineingeschleust werden, sie können dadurch die Gedanken anderer lesen. Nicht selten haben die Betroffenen auch den Eindruck, ihre Gedanken wären laut und jeder könnte sie mithören. Teilweise spüren die Betroffenen, dass nicht nur ihre Gedanken, sondern auch ihre Lebensenergie von außen von ihnen abgezogen wird. In der akuten Psychose erleben die Patienten sich

sehr ungeschützt und von außen beeinflussbar. Dies erhöht zusätzliche ihre Skepsis und das Misstrauen anderen gegenüber.
Plussymptome treten gehäuft und verstärkt in einer akuten Psychose auf. In abgeschwächter Form können sie aber auch außerhalb akuter Phasen vorhanden sein.

BEISPIEL

Sarah sitzt in einem Eiscafé, mitten auf einer belebten Einkaufsstraße. Sie genießt das warme Wetter und ihr Eis. Allerdings bemerkt sie genau, dass die meisten Passanten sie komisch mustern. Immer wieder meint sie zu hören, wie jemand leise ihren Namen sagt. Sarah kennt das schon. Sie weiß, dass die vielen Reize dazu führen, dass wieder einige Plussymptome auftreten. Sie beschließt, nach Hause zu gehen und sich ein wenig auszuruhen. Auf dem Weg zur Bahn hört sie plötzlich mehrfach ganz laut ihren Namen. Nun ist sie doch etwas beunruhigt. Sie hätte nicht gedacht, dass die Stimmen in ihrem Kopf so laut werden würden. Plötzlich berührt sie jemand am Arm. Ihre Freundin Jessica steht neben ihr, ganz außer Atem: »Ich habe dich doch gerufen, hast du mich nicht gehört?« ✖

Das Beispiel macht deutlich, dass Menschen mit einer Psychose immer wieder ihre Wahrnehmungen überprüfen und an der Realität messen müssen. Am besten gelingt dies im Gespräch mit anderen. Für viele ist es beunruhigend, ihren Wahrnehmungen nicht mehr vollständig vertrauen zu können. Es ist dann sehr entlastend, mit einer Vertrauensperson sprechen zu können und gemeinsam zu überlegen, ob eine Wahrnehmungsveränderung ein ernst zu nehmendes Frühwarnzeichen ist oder einfach ein eher alltägliches Zeichen von Überlastung oder gar eine ganz normale Reaktion.
Plussymptome sind sicherlich sehr typisch für eine akute Psychose. Dennoch sind sie nicht immer deutlich erkennbar. Beispielsweise kann man im Gespräch mit einem Betroffenen den Eindruck haben, dieser höre kaum zu und sei an dem Gespräch nicht interessiert, weil er nur einsilbig antwortet und in sich gekehrt wirkt. Tatsächlich hört der Gesprächspartner aber vielleicht Stimmen, die ihn ablenken und er versucht, so gut wie möglich dem Gespräch zu folgen, das ihn durchaus interessiert. Auch wenn beispielsweise Beschäftigte einer Werkstatt vermehrt Rauchpausen machen, ist nicht immer sofort erkennbar, dass innere Unruhe die Ursache sein kann. Und dass sich der misstrauische Klient, der Blickkontakt vermeidet und nie grüßt, eigentlich wünscht, freundlich angesprochen zu werden, erkennen auch erfahrene Fachkräfte nicht auf den ersten Blick. Mitunter entwickeln Betroffene sogar

Bewältigungsstrategien im Umgang mit ihren Symptomen, die es ihnen ermöglichen, sich völlig unauffällig zu verhalten. Es kann sein, dass jemand ausgeprägte Plus-Symptome erlebt (z. B. Wahn) und sich nicht weiter auffällig verhält.
Einzelne Symptome können auch auftreten, obwohl der Betroffene nicht an einer Psychose erkrankt ist. So hören beispielsweise 3 bis 5 Prozent der Menschen gelegentlich Stimmen, ohne sich krank zu fühlen oder in ihrer Lebensbewältigung wesentlich beeinträchtigt zu sein. Dann ist auch nicht von einer Psychose zu sprechen. Nähere Informationen unter www.stimmenhoeren.de.

Minussymptome

Nach Abklingen der akuten Psychose, teilweise aber auch schon währenddessen treten dann die Minussymptome auf. Diese weisen auf einen Mangel, ein »weniger« im Vergleich zu gesunden Tagen hin. In psychiatrischen Fachbüchern werden sie auch als Negativsymptomatik bezeichnet.
Zu den Minussymptomen gehören (nach Bäuml 2008):

- Verlangsamung des Gefühlslebens,
- innere Leere,
- Niedergeschlagenheit und Depression: sich nicht mehr richtig freuen können,
- Mut- und Hoffnungslosigkeit,
- Minderwertigkeitsgefühl,
- Antriebslosigkeit,
- fehlende Spontaneität,
- Rückzugsverhalten und Kontaktverarmung.

Minussymptome direkt im Anschluss an eine akute Psychose sind in der Regel für Betroffene und ihre Umgebung gut verstehbar als Folge der akuten Erkrankungsphase, die viel Kraft gekostet hat. Es ist klar, dass sich eine längere Erholungsphase anschließen muss. Allerdings ist die Dauer der Phase mit ausgeprägten Minussymptomen sehr unterschiedlich. Es können Wochen sein, aber auch viele Monate, teilweise sogar Jahre. In manchen Fällen werden die Minussymptome nie ganz verschwinden, man spricht dann von einem Residualsyndrom. Es ist für die Betroffenen sehr quälend, nicht genau zu wissen, wie lange es dauern wird, bis sie wieder ihr früheres Leistungsniveau erreicht haben. Gerade bei ausgeprägten Minussymptomen fällt es sehr schwer, Antrieb und Energie zu mobilisieren und die Hoffnung nicht aufzugeben. In dieser Phase ist es daher

besonders wichtig, verständnisvolle und vor allem hoffnungsvolle Menschen um sich zu haben. Professionelle Helfer und Angehörige sollten wissen, dass auch Minussymptome zum Krankheitsbild der Psychose gehören. Zwar erscheinen sie zunächst alltäglicher als die Plussymptome. Die meisten Menschen haben noch nie Stimmen gehört, auch das Gefühl der Beeinflussung von außen ist den meisten fremd. Im Gegensatz dazu kennt fast jeder die morgendliche Antriebslosigkeit, auch Niedergeschlagenheit, Müdigkeit oder Minderwertigkeitsgefühle sind den meisten Menschen vertraut. Es ist deshalb wichtig zu wissen, dass das Ausmaß dieser eher alltäglichen Beschwerden nicht vergleichbar ist mit der Minussymptomatik. Die Antriebsminderung ist umfassender, die Freudlosigkeit globaler, die Hoffnungslosigkeit größer, als die meisten Menschen dies je erlebt haben. Auch wenn die Phase mit ausgeprägter Minussymptomatik sehr lange dauert, ist es deshalb wichtig, keinen Druck auf die Betroffenen auszuüben und die Hoffnung nicht zu verlieren, dass sie irgendwann vorbei sein wird.

Diagnostik und Häufigkeit

Wenn jemand kurzfristig seltsame Wahrnehmungserlebnisse hat, wird man deshalb sicherlich nicht gleich von einer Psychose sprechen. Die Probleme müssen über längere Zeit bestehen und ein gewisses Ausmaß haben.
Diagnosen werden meist nach Kriterien gestellt, die in Diagnosesystemen festgelegt wurden. Der Sinn dieser Systeme liegt darin, dass man sich auf eine Definition von Krankheiten geeinigt hat. Gäbe es sie nicht, würde sich jeder Psychiater alleine ausdenken, wer an einer Psychose erkrankt ist und wer nicht – ja, wie eine Psychose auszusehen hat. Insbesondere international vergleichbare Forschung zu den Krankheiten wird erst durch diese Systeme möglich. Ein Beispiel für ein Diagnosesystem ist die ICD (International Classification of Diseases – Internationale Klassifikation der Krankheiten), ein weiteres bekanntes System ist das DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen), herausgegeben von der American Psychiatric Association (APA). Die ICD wird von der Weltgesundheitsorganisation herausgegeben. Darin werden alle Arten von Erkrankungen anhand von beschreibenden Kriterien klassifiziert. Die psychischen Erkrankungen werden im Kapitel 5 (F-Diagnosen) beschrieben.



Welchen Sinn haben die Diagnosesysteme ICD und DSM?

In der ICD-10 sind neun Symptomgruppen für Psychosen aufgelistet. Über den Zeitraum von mindestens einem Monat muss beinahe ständig mindestens ein Symptom aus den Gruppen 1 bis 4 oder es müssen mindestens zwei Symptome aus den Gruppen 5 bis 9 vorhanden sein:

1. Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung, Gedankenentzug, Gedankenausbreitung;
2. Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, deutlich bezogen auf Körper- oder Gliederbewegungen oder bestimmte Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen, Wahnwahrnehmungen;
3. kommentierende oder dialogische Stimmen, die über den Patienten und sein Verhalten sprechen, oder andere Stimmen, die aus einem Teil des Körpers kommen;
4. anhaltender, kulturell unangemessener oder völlig unrealistischer (bizarrer) Wahn, wie beispielsweise die Ideen, eine religiöse oder politische Persönlichkeit zu sein oder übermenschliche Kräfte oder Fähigkeiten zu besitzen;
5. anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität, begleitet entweder von flüchtigen oder undeutlich ausgebildeten Wahngedanken ohne deutliche affektive Beteiligung oder begleitet von anhaltenden überwertigen Ideen, täglich über Wochen oder Monate auftretend;
6. Gedankenabreißen oder Einschiebungen in den Gedankenfluss, was zu Zerfahrenheit, Danebenreden oder Neologismen führt;
7. Symptome der Motorik wie motorische Unruhe, dem Verharren in ungewöhlichen Positionen oder dem Wiederholen von bizarren Bewegungen, eine wächserne Biegsamkeit der Gliedmaßen, eine Verweigerung, sich zu bewegen bis hin zu völliger Bewegungslosigkeit (Stupor), Stummheit;
8. »negative« Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte, zumeist mit sozialem Rückzug und verminderter sozialer Leistungsfähigkeit (nicht durch Depression oder Neuroleptika verursacht);
9. eindeutige und durchgängige Veränderung bestimmter umfassender Aspekte des Verhaltens, die sich in Ziellosigkeit, Trägheit, einer in sich selbst verlorenen Haltung und sozialem Rückzug manifestiert.

Bei einer schizoaffektiven Psychose gibt es in akuten Phasen neben Plus- und Minussymptomen auch sehr ausgeprägte Stimmungsschwankungen und affektive Symptome, viel stärker, als dies normalerweise bei einer Psychose der Fall ist.

Es gibt nicht die eine Schizophrenie, sondern unterschiedliche Erscheinungs- und Verlaufsformen, deshalb spricht man auch von der Gruppe der Schizophrenien oder von Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Völlig verschiedene Krankheitsursachen können letztlich zu ähnlicher Symptomatik führen, wobei der Verlauf sehr unterschiedlich sein kann. Es ist also nicht möglich, aus der Diagnose allein auf den Verlauf und die Prognose zu schließen. Betroffene und auch Fachkräfte verwenden häufiger den Begriff »Psychose«, weil er im Alltag als etwas weniger stigmatisierend empfunden wird als der Begriff »Schizophrenie«. In Japan hat man aus diesem Grund den Begriff der Schizophrenie ganz abgeschafft und durch den Begriff Integrationsstörung ersetzt, den die Betroffenen als deutlich weniger stigmatisierend erleben (Zäske u.a. 2010).

Weltweit lässt sich zur Häufigkeit von Psychosen sagen (Bäuml 2008):



Wie oft kommen Psychosen vor?

- Etwa 1 Prozent der Bevölkerung erkranken im Laufe ihres Lebens.
- Das Verhältnis Männer zu Frauen ist insgesamt 1:1, bei den unter 40-Jährigen erkranken doppelt so viele Männer wie Frauen, bei den über 40-Jährigen doppelt so viele Frauen wie Männer.
- Das Ersterkrankungsalter liegt bei Männern zwischen 18 und 23 Jahren, bei Frauen zwischen 23 und 28 Jahren.
- Psychosen kommen ähnlich häufig wie die Zuckerkrankheit vor.
- Es gibt keinen Unterschied in der Häufigkeit zwischen verschiedenen Völkern und keine Zunahme in den letzten Jahrzehnten.
- 2 Prozent der Menschen mit Migrationshintergrund erkranken.
- 10 Prozent der Kinder erkranken, wenn ein Elternteil betroffen ist.
- 30 Prozent der Kinder erkranken, wenn beide Elternteile betroffen sind.
- 2 Prozent der Nichten und Neffen erkranken, wenn eine Tante oder ein Onkel betroffen ist.
- 50 Prozent der eineiigen Zwillingsgeschwister erkranken, wenn der andere Zwilling betroffen ist.

Grundsätzlich kann man in jedem Alter krank werden, die meisten Menschen erkranken aber im dritten Lebensjahrzehnt an einer Psychose. Das Geschlechterverhältnis ist ausgeglichen, aber da Frauen im Durchschnitt später erkranken, konnten sie häufig vorher schon eine Ausbildung abschließen, berufliche Erfahrungen sammeln, Partnerschaften eingehen oder eine Familie gründen.

Hintergründe

Vulnerabilität siehe S. 16

Eine Psychose ist eine komplexe, vielschichtige Erkrankung, die natürlich keine einfache Ursache hat. Man nimmt heute an, dass es eine gewisse Erkrankungsbereitschaft gibt. Akute Krankheitsphasen entstehen dann, wenn zur Erkrankungsbereitschaft noch zusätzliche Belastungen (Stressoren) hinzukommen.
Das Ausmaß der spezifischen Verletzlichkeit für eine Psychose wird nach heutigem Stand durch folgende Faktoren bestimmt (BÄUML 2008 und SCHMITT 2008):

Genetische Faktoren

Genetische Faktoren beeinflussen die Erkrankung, bestimmen sie aber nicht vollständig. Das Erkrankungsrisiko bei eineiigen Zwillingen beträgt nicht 100 Prozent, sondern nur 50 Prozent. Je näher Angehörige mit einem Betroffenen verwandt sind, desto höher ist für sie das Risiko, selbst zu erkranken. Bei jenen Verlaufsformen, bei denen die Minussymptomatik im Vordergrund steht, scheint die Erblichkeit noch stärker ausgeprägt zu sein. Es ist aber nicht ein einzelnes Gen für die Erkrankung verantwortlich, sondern die Vulnerabilität wird durch bestimmte Kombinationen unterschiedlicher Genkonstellationen erhöht. Dabei steht die Wirkung der Gene in Abhängigkeit von Umweltfaktoren, Gene können durch Lebensereignisse und Einflüsse von außen an- und abgeschaltet werden.

Körperliche Faktoren

Durch äußere Einflüsse auf die Entwicklung des kindlichen Gehirns in der Schwangerschaft und in der Zeit der späteren Reifung des Gehirns (Infekte, Traumata, anhaltender sozialer Stress, Gifte) kann es zu Veränderungen der Gehirnsubstanz und des Nervenstoffwechsels kommen, beispielsweise zu Erweiterungen im Ventrikelsystem (Wasserkammern des Gehirns) oder einer Abnahme der Hirnsubstanz. Diese Veränderungen können die Entstehung einer Psychose begünstigen.

Psychosoziale Faktoren

Auch die frühkindliche Umgebung und die Familienatmosphäre sind wichtige Einflussfaktoren. Akute Belastungen (z. B. der frühe Verlust von Angehörigen oder wichtigen Bezugspersonen) und ungünstige Bedingungen für die Entwicklung von Bewältigungskompetenzen in der Kindheit (instabiles Umfeld, fehlende Förderung, Traumatisierung etc.) können die Erkrankungsbereitschaft ebenfalls erhöhen und die Fähigkeit, mit Stressbelastungen fertig zu werden, verringern.
Im Zusammenspiel mit akuten Belastungen (berufliche Überlastung, Übernahme neuer Lebensaufgaben, Ärger und Enttäuschungen, Verluste, Ortswechsel etc.) führt die erhöhte Verletzlichkeit zu einem erheblichen Ungleichgewicht im Nervenstoffwechsel. Je höher die Vulnerabilität ist, desto weniger auffällig müssen die Auslöser sein, um die Erkrankung in Gang zu bringen.
In einer akuten Psychose ist besonders der Stoffwechsel im Gehirn entgleist. Um dies verstehen zu können, müssen wir zunächst nachvollziehen, wie der Stoffwechsel im Nervensystem und im Gehirn funktioniert.

Auswirkungen auf den Gehirnstoffwechsel

Damit ein Reiz (beispielsweise eine Sinneswahrnehmung) im Gehirn verarbeitet werden kann, muss er zunächst über die Nervenbahnen ins Gehirn transportiert werden. Dabei fließt ein schwacher Strom in den Nerven. An den Verbindungsstellen zwischen zwei Nerven, den sogenannten Synapsen fließt aber kein Strom, sondern das Signal wird auf biochemischem Weg weitergeleitet. Hierzu dienen die Botenstoffe, auch Neurotransmitter genannt. Es gibt viele verschiedene Botenstoffe mit ganz unterschiedlichen Funktionen.
Bei einer Psychose spielt vor allem der Botenstoff Dopamin eine große Rolle. Dopamin ist ein Botenstoff, der für viele gute und wichtige Fähigkeiten verantwortlich ist. Es ist eine Art Schmiermittel für den Geist, das Molekül des Wollens (KLEIN 2008). Dopamin fördert Wachheit und Neugierde und macht uns auf interessante Informationen aufmerksam, sodass wir Wichtiges erkennen und von Unwichtigem unterscheiden können. Es hilft uns, uns an gute Erfahrungen zu erinnern, aus diesen zu lernen und uns zu belohnen für eine gute Leistung. Ganz allgemein aktiviert Dopamin den ganzen Organismus und steigert auch Fantasie und Kreativität. Denkprozesse werden durch Dopamin beschleunigt, Assoziationen leichter hergestellt. Auch der Milchfluss bei Frauen und die Muskelbewegungen werden durch Dopamin beeinflusst.
Allerdings kann man sich leicht ausmalen, was passiert, wenn Dopamin im Übermaß vorhanden ist: Die Gedanken rasen nur noch, zwischen allen möglich Dingen werden Zusammenhänge hergestellt, alles erscheint gleichermaßen wichtig und bedeutungsvoll. Man wird vollkommen von Reizen überflutet, kann nicht mehr abschalten oder sich auf eine einzelne Angelegenheit konzentrieren. Genau dies scheint bei einer akuten Psychose der Fall zu sein. Man geht davon aus, dass im Gehirn ein Überangebot an Dopamin vorhanden ist, das zum Auftreten von Plussymptomen führt.

Allerdings können Minussymptome auf diese Weise nicht erklärt werden. Hier ist die Annahme, dass im frontalen Kortex, jenem Bereich des Gehirns der direkt hinter der Stirn liegt, das Dopaminangebot eher verringert ist und so Antrieb, Willenskraft und die Planung von Aktivitäten erschwert sind. Außerdem spielen bei der Entstehung der Minussymptomatik noch andere Botenstoffe außer Dopamin eine Rolle, vor allem Glutamat und Serotonin.
Durch den Überschuss an Dopamin ist das Gehirn in der akuten Psychose gewissermaßen überreizt. Es kann seiner normalen Filterfunktion nicht mehr nachkommen. Normalerweise werden neue Informationen zunächst gefiltert, das Gehirn überprüft, ob sie wichtig sind oder nicht. Die meisten Informationen werden ausgefiltert und gar nicht bewusst wahrgenommen. Man kennt dieses Phänomen von einer Party, auf der man sich mit seinem Gegenüber unterhält und von den Gesprächen der anderen Gäste nur ein Hintergrundgemurmel mitbekommt. Wenn aber irgendwo der eigene Name fällt, so wird man sofort darauf aufmerksam. Das Gehirn hat diese Information als wichtig erkannt und durch den Filter durchgelassen. Unter dem übermäßigen Einfluss von Dopamin in einer akuten Psychose erscheinen nun aber alle Informationen plötzlich als wichtig und bedeutsam, denn das Dopamin »markiert« sie gewissermaßen. So kann der Filter nicht mehr funktionieren, fast nichts wird mehr aussortiert und das Gehirn wird mit Informationen überflutet, die es nicht verarbeiten kann. Das Gehirn kann dann beispielsweise oft nicht mehr unterscheiden, welche Informationen von außen kommen und welche Meldungen aus dem eigenen Körper stammen.
Viele Betroffene versuchen sich vor dieser enormen Reizüberflutung zu schützen, indem sie sich zurückziehen, soziale Kontakte und Aktivitäten vermeiden und sich abkapseln. Dieses Verhalten ist als Reaktion auf eine akute Krise kurzfristig durchaus sinnvoll und vollkommen nachvollziehbar. Es besteht aber die Gefahr, dass die Betroffenen dieses Rückzugsverhalten beibehalten, auch wenn die akute Psychose abgeklungen ist. Teilweise werden sie auch von ihrem Umfeld darin bestärkt, aus Angst vor einem Rückfall. Das Problem ist jedoch, dass durch das Fehlen von Anregungen und Anreizen die Anpassungsfähigkeit und Beweglichkeit des Gehirns leidet und bestehende neuropsychologische Defizite sich verstärken können, was einen fatalen Teufelskreis zur Folge haben kann (Schmitt 2008). Wer nicht mehr daran gewöhnt ist, soziale Stimulation und neuartige Situationen auszuhalten, ist möglicherweise schon überfordert, wenn er einen anderen als den gewohnten Weg zur Arbeit nehmen oder in einem anderen als dem vertrauten Laden einkaufen muss. Die erlebte Überforderung führt dazu, dass man sich noch mehr zurückzieht und lieber gar nicht mehr zur Arbeit geht oder nicht mehr einkauft.
Viele Betroffene bewältigen die Informationsüberflutung in der akuten Psychose, indem sie versuchen, einen Sinn in ihren Wahrnehmungen zu erkennen. Dies führt häufig zu wahnhafter Verarbeitung, die dann aber nicht als eigentliches Krankheitssymptom anzusehen ist, sondern als Bewältigungsstrategie. So ist am Beispiel von Erika erkennbar, dass ihre Überzeugung, verfolgt zu werden, eine Folge der Stimmen ist, die sie hört. Um sich zu erklären, warum sie diese Stimmen überall hört, kommt sie auf den Gedanken, es müsse ihr ein Chip eingepflanzt worden sein, sodass man immer herausfinden könne, wo sie sich aufhält.

Drogen und Psychose

Der Ausbruch einer akuten Psychose kann bei Menschen mit einer entsprechenden Vulnerabilität nicht nur durch Stress und belastende Lebensereignisse ausgelöst werden, sondern auch durch die Einnahme von Drogen. Es kann unter dem Einfluss von Drogen zu einer akuten psychotischen Krise kommen, die ohne die Drogen erst später, vielleicht auch gar nicht aufgetreten wäre. Drogen haben in diesem Sinne eine »Schrittmacherfunktion« (Bäuml 2008), d.h. sie sind nicht die Ursache einer Psychose, aber bei Menschen, die dafür eine erhöhte Erkrankungsbereitschaft haben, beschleunigen sie die Erkrankung. Der weitere Verlauf der Psychose ist dann ähnlich wie bei Menschen, die ohne Drogeneinfluss erkrankt sind. Wer keine Veranlagung für eine Psychose hat, wird in der Regel auch unter Drogeneinfluss keine Psychose entwickeln.

Was hilft im Alltag?

Durch eine spezifische Vulnerabilität ist es wahrscheinlicher, auf Stressbelastungen mit einer Psychose zu reagieren. Es gibt aber auch Schutzfaktoren, durch die auch besonders verletzliche Menschen ihre Belastbarkeit erhöhen und psychotische Krisen verhindern können. Keine Methode kann einen Rückfall absolut zuverlässig verhindern, aber es gibt viele Möglichkeiten für besonders

dünnhäutige Menschen, sich so zu schützen, dass sie ganz normal am Leben in der Gesellschaft teilhaben können. Die Einnahme von spezifischen, antipsychotischen Medikamenten ist eine solche Möglichkeit. Aber auch Selbsthilfestrategien und gute soziale Unterstützung sind hilfreich.

Hilfe durch Medikamente

Medikamente gegen Psychosen heißen Antipsychotika, gebräuchlich ist auch die Bezeichnung Neuroleptika. Es gibt diese Medikamente seit 1952. Bei Psychosen ist die Behandlung mit Antipsychotika allen anderen Therapieformen überlegen (BÄUML 2008). 70 bis 80 Prozent der nicht mit Antipsychotika behandelten Patienten erkranken innerhalb eines Jahres erneut. Durch Antipsychotika kann das Rückfallrisiko im ersten Jahr auf 20 Prozent gesenkt werden. Die Medikamente bilden einen Schutz gegen das Überangebot an Dopamin. Entsprechend helfen sie gut gegen die Plussymptome, die ja dadurch verursacht werden. Die Minussymptome können durch die Medikamente aber meist nicht befriedigend beeinflusst werden. Außerdem gibt es unerwünschte Wirkungen der Medikamente, die die Minussymptomatik bei manchen Menschen noch verstärken (SCHMITT 2008).
Zusätzlich kommt es häufig noch zu anderen Nebenwirkungen, beispielsweise einer starken Gewichtszunahme. Dies ist natürlich sehr abschreckend für die Betroffenen und hat mitunter das Absetzen der Medikamente zur Folge. Die positiven Effekte der Medikamente führen manchmal dazu, dass Betroffene sich erheblich besser fühlen und die Medikamente absetzen, um zu sehen, ob sie sie überhaupt noch benötigen. LIEBERMAN u. a. (2005) fanden in einer groß angelegten Studie heraus, dass unabhängig vom jeweiligen Medikament 60 bis 80 Prozent der schizophrenen Patienten die verordneten Medikamente innerhalb von 18 Monaten absetzten, meist bereits innerhalb der ersten drei Monate. Das Absetzen der Medikamente ist im Übrigen kein Ausnahmefall und nicht auf psychotische Erkrankungen beschränkt, sondern auch bei anderen chronischen Erkrankungen häufig zu beobachten.
Viele Betroffene haben nach dem Absetzen der Medikamente zunächst den Eindruck, das Richtige getan zu haben. Die unerwünschten Wirkungen lassen schnell nach, die positiven Wirkungen halten aber meist noch eine ganze Weile an. Es kann bis zu einem halben Jahr dauern, bis der Einfluss der Antipsychotika

vollständig abgeklungen ist (BÄUML 2008). Deshalb treten Rückfälle häufig erst drei bis sieben Monate nach dem Absetzen der Medikamente auf.



Das schnelle Absetzen von Antipsychotika ist gefährlich.

Eine weitere Gefahr besteht, wenn Medikamente nicht unter ärztlicher Anleitung langsam reduziert, sondern von einem Tag auf den anderen abgesetzt werden. Dies macht das erneute Auftreten einer akuten Psychose sehr wahrscheinlich, denn das gesamte Nervensystem hat sich auf die schützende Wirkung der Medikamente eingestellt und ist dann ohne diesen Schutz schon mit einem normalen Dopaminangebot überfordert, an das es sich erst langsam wieder gewöhnen müsste.



Gespräche über die Verträglichkeit von Medikamenten helfen bei der Vorbereitung von Arztbesuchen.

Generell sind Gespräche über Art und Dosis der Medikation eine Angelegenheit zwischen Patienten und ihren Ärzten. Nicht-ärztliche Helfer dürfen keine Ratschläge oder Anweisungen zur Medikamenteneinnahme geben. Aber selbstverständlich können alle Fachkräfte mit ihren Klienten darüber sprechen, wie gut sie die Medikamente vertragen, wie zufrieden sie sind mit der eingetretenen Wirkung, welche unerwünschten Wirkungen sie beobachten und wie sie diese bewerten. Solche Gespräche sind als Vorbereitung für das nächste Arztgespräch oft sehr hilfreich, vor allem wenn die Patienten wissen, dass sie ihre Zweifel und Ängste äußern können. Ärzte planen heute die Behandlung mit Medikamenten meist mit Blick auf die Nebenwirkungen. Wenn ein Präparat nicht gut vertragen wird, wird ein anderes eingesetzt. Um die beste Lösung für einen Patienten zu finden, müssen Arzt und Patient deshalb oftmals einige Zeit probieren, denn unterschiedliche Medikamente werden von unterschiedlichen Patienten ganz unterschiedlich gut vertragen. Damit diese gemeinsame Suche nach der besten medikamentösen Lösung erfolgreich sein kann, ist es wichtig, dass die Patienten offen und differenziert über alle Wirkungen berichten und auch offen berichten, in welchem Ausmaß sie die Medikamente tatsächlich genommen haben. Durch Gespräche mit nichtärztlichen Bezugspersonen können Patienten zu dieser Offenheit ermutigt werden. Die eigentliche medikamentöse Behandlungsplanung ist aber immer Sache der Ärztin oder des Arztes.



Mit Alkohol und Drogen kann es zu Wechselwirkungen kommen.

Alkohol und Drogen führen zu einer unberechenbaren Wirkungsverstärkung der Antipsychotika, sowohl bei den Wirkungen als auch bei Nebenwirkungen. So besteht beispielsweise schon nach dem Konsum von geringen Mengen Alkohol keine Fahrtüchtigkeit mehr. Der dauerhafte Konsum von Drogen ist problematisch, weil fast alle Drogen auch das Dopaminsystem stimulieren und das

ohnehin vorhandene Überangebot an Dopamin noch verstärken. Die Betroffenen müssen dann deutlich höhere Dosierungen der Medikamente einnehmen, als dies ohne Drogenkonsum der Fall wäre. Allerdings gibt es immer wieder Patienten, die gezielt Drogen konsumieren, um einige der unerwünschten Nebenwirkungen abzuschwächen. Auch in diesen Fällen ist es sinnvoll, durch ein Gespräch mit dem Arzt ein besser verträgliches Medikament zu suchen, sodass auf Drogen als Selbstmedikation verzichtet werden kann. Umgekehrt hat auch der Verzicht auf vorher konsumierte Drogen Einfluss auf die Medikation. So sollte der Arzt beispielsweise informiert werden, wenn ein Patient dauerhaft aufgehört hat zu rauchen, da dies die erforderliche Medikamentendosis beeinflussen kann.

Wenn Betroffene das Rauchen aufgeben, sollten sie ihren Arzt darüber informieren.

Ältere Antipsychotika, die schon seit Langem auf dem Markt sind, verursachten vor allem motorische Nebenwirkungen, wie Muskelsteifigkeit. Diese Nebenwirkungen galten als typisch, die Medikamente, die sie verursachten, wurden deshalb auch Typika genannt. Neuere Antipsychotika werden atypisch genannt, weil sie eben diese Nebenwirkungen nicht verursachen. Seit einiger Zeit weiß man allerdings, dass sie eine andere schwerwiegende Komplikation mit sich bringen können, das sogenannte Metabolische Syndrom. Dies ist eine Veränderung des Stoffwechsels, die zu einer Erhöhung des Blutzuckers, einer Erhöhung der Blutfette und damit langfristig zu Übergewicht, Bluthochdruck, Diabetes und letztlich einem erhöhten Risiko für Herz-Kreislauf-Krankheiten führt. Auffälligstes Zeichen des Metabolischen Syndroms ist eine rasche Gewichtszunahme, etwa 1 Kilo pro Woche und 10 bis 15 Kilo oder mehr innerhalb von 3 Monaten.

Es ist sehr wichtig für die Gesundheit der Betroffenen, diese Nebenwirkung nicht als unvermeidlich hinzunehmen, sondern gegenzusteuern. Es kann helfen, ein Esstagebuch zu führen und auf sehr süße oder fettige Speisen zu verzichten. Viele Kliniken und Institutsambulanzen sowie einige Krankenkassen bieten Kurse zur Ernährungsberatung an. Selbstverständlich hilft auch mehr Bewegung, vor allem wenn sie im Alltag integriert ist, man also beispielsweise die Treppe statt des Aufzugs benutzt. Wenn die Gewichtszunahme nicht in den Griff zu bekommen ist, sollte die Ärztin über eine Umstellung der Medikation nachdenken. Auch muss der Blutzuckerspiegel im Auge behalten werden. Fachkräfte sollten ihre Klienten ermutigen, auf ihre Ernährung zu achten und sich mehr zu bewegen, es sollten beispielsweise gemeinsame sportliche Aktivitäten oder Kochkurse für leckere kalorienreduzierte Speisen angeboten werden. In stationären und teilstationären Einrichtungen, in denen oft auch eine Verpflegung der Klienten inbegriffen ist, sollte unbedingt darauf geachtet werden, dass die angebotenen Speisen das Metabolische Syndrom nicht noch verstärken.

Fachkräfte, die ihre Klienten bei der Medikamenteneinnahme unterstützen, finden in dem Ratgeber »Umgang mit Psychopharmaka« von Greve u.a. (2012) leicht verständliche Informationen zur Handhabung, zu unerwünschten Nebenwirkungen und Wechselwirkungen und worauf bei der Einnahme geachtet werden sollte.

Hilfreicher Umgang

Luc Ciompi (1989) formulierte zehn grundlegende therapeutische Prinzipien für den Umgang mit schizophren erkrankten Menschen:

1. Systematische Einbeziehung des relevanten sozialen Umfeldes: Fachkräfte neigen manchmal dazu, die ganze Verantwortung allein übernehmen zu wollen. Doch sie sind immer Teil eines ganzen Systems aus Unterstützern, dem teilweise andere Fachkräfte, teilweise Angehörige oder Freunde des Betroffenen angehören. Sich als Teil dieses Systems wahrzunehmen, schützt Fachkräfte vor Überforderung und ist hilfreich für die Klienten.

2. Vereinheitlichung der verfügbaren Informationen: Oft ziehen unterschiedliche Fachkräfte und Unterstützer an unterschiedlichen Enden. Vielleicht ist es den Angehörigen am wichtigsten, dass Rückfälle vermieden werden. Der Arzt sieht es als wichtig an, dass sein Patient eine Ausbildung beginnt. Und die Wohnbetreuerin schließlich strebt vorrangig den Wechsel in eine weniger intensiv betreute Wohnform an. Klienten wissen in diesem Durcheinander oft selbst nicht, welche Prioritäten sie setzen sollen und geraten in Zielkonflikte. Durch Abstimmung und Priorisierung aller Ziele gemeinsam mit dem Klienten kann Abhilfe geschaffen werden. Fachkräfte sollten nie nur auf die Ziele achten, die in ihren beruflichen Bereich gehören, sonst verlieren sie den Blick für die Gesamtsituation des Klienten.

3. Weckung gemeinsamer, positiv-realistischer Zukunftserwartungen: Konkrete Ziele für die nächste Zeit sollten realistisch und oft bescheiden sein. Zukunftserwartungen sollten aber positiv und hoff-

nungsvoll sein, es spielt keine Rolle, wie realistisch sie aus der momentanen Sicht erscheinen mögen. Motivierend sind insbesondere wertgeschätzte Ziele aus Sicht des Klienten. Positive Erwartungen von Seiten der Fachkräfte fördern Empowerment und Recovery entscheidend.

4. Stufenweises Erarbeiten konkreter, gemeinsamer Ziele: Nur durch die gemeinsame Zielerarbeitung kann sichergestellt werden, dass das verfolgte Ziel auch wirklich das des Klienten ist. Nicht selten denken Fachkräfte sich Ziele aus oder bekommen diese vorgegeben und wundern sich, dass Klienten die Ziele nicht mit Engagement verfolgen. Die stufenweise Erarbeitung sollte so erfolgen, dass auch kleine Fortschritte als Erfolge gewertet werden können. Gleichzeitig sollte die Planung aber flexibel bleiben und spontane Änderungen erlauben.

5. Koordination und Kontinuität: Die Wirksamkeit psychosozialer Interventionen bei schizophrenen Patienten hängt entscheidend von der Gestaltung einer positiven Beziehung mit den Betroffenen ab. Behandlungskonzepte sollten nicht dauernd wechseln und die personelle Kontinuität in der Begleitung ist von großer Bedeutung. Es ist nützlich, wenn konstante Bezugspersonen über einen längeren Zeitraum die Erkrankten begleiten.

6. Vereinfachung des therapeutischen Feldes: Strukturen sollten klar, übersichtlich und nachvollziehbar für die Klienten sein. Informationen, die für ihre Entscheidungen relevant sind – beispielsweise über erwünschte und unerwünschte Wirkungen von Medikamenten oder über berufliche Rehabilitationsmöglichkeiten – sollten in verständlicher Form zur Verfügung stehen.

7. Einfachheit und Klarheit im Umgang: Menschen mit Psychoseerfahrung spüren sehr genau, ob man sie als Person wahrnimmt. Die Kommunikation mit ihnen sollte ehrlich und authentisch erfolgen, einfühlsam und mit Respekt. Unklare Andeutungen und verwirrende Mehrdeutigkeiten in der Kommunikation sollten vermieden werden, Ironie nur vorsichtig eingesetzt werden. Es kann für Patienten sehr quälend und verunsichernd sein, unausgesprochene Erwartungen zu spüren, ohne genau zu wissen, was von ihnen erwartet wird. Ruhig und klar sollten die Dinge benannt werden, wie sie sind. Allerdings macht der Ton die Musik. Klare Absprachen sind wichtig, es kommt aber darauf an, wie diese vorgebracht werden. Aus Untersuchungen in Familien weiß man, dass ein bestimmtes Klima im Umgang miteinander deutlich häufiger zu Rückfällen führt. Man spricht dann von einem hohen Anteil an Expressed Emotion. Dies sind Familien, in denen die Patienten bevormundet oder überbehütet werden, in denen sie häufig kritisiert oder »niedergemacht« werden und in denen sie eine feindselige Ablehnung spüren. Ein hoher Anteil an Expressed Emotion ist mit einem erhöhten Rückfallrisiko verbunden und wirkt sich auf den weiteren Krankheitsverlauf ungünstig aus, wie mehrere wissenschaftliche Untersuchungen zeigen konnten. Ein solches Klima der kritischen, abwertenden Kommunikation sollte nicht nur in Familien, sondern auch im Kontakt zwischen Fachkräften und Betroffenen vermieden werden.

8. Fortlaufende Optimierung von Anforderungen: Über- und Unterforderung zu vermeiden ist das gemeinsame Ziel von Fachkräften und Klienten. Eine übertriebene Schonung kann genau so unangenehm und kränkend erlebt werden wie eine unsensible Überforderung. Es ist in gewisser Weise die Lebensaufgabe Psychoseerfahrener, die eigenen Grenzen besser zu spüren. Deshalb müssen auch Fachkräfte diese Grenzen sehr sensibel wahrnehmen (Bock 2005).

9. Flexible Kombination von unterschiedlichen Therapieansätzen: Nicht nur die medikamentöse Therapie, auch die psychosoziale Begleitung, die Gespräche beim sozialpsychiatrischen Dienst, die Betreuung im Wohnbereich und die Förderung in der beruflichen Rehabilitation spielen zusammen. Viele Studien belegen, dass erst die Kombination mehrerer Therapieansätze den besten Erfolg bringt.

10. Beachtung spezifischer Zeitfaktoren: Es gibt Zeiten für Veränderung und Zeiten für Ruhe, Stagnation und Erholung. Einen Klienten, dessen Bedarf nach einer akuten Krise eher im Bereich der Ruhe und Erholung liegt, in einen ehrgeizigen Rehabilitationsplan zwängen zu wollen, bringt wenig Erfolg. Einen anderen Klienten, der wieder mehr Energie spürt und Veränderungen angehen will, ständig zu bremsen, ist für alle Seiten frustrierend. Respekt vor der Eigenzeitlichkeit der Klienten und Anpassung an deren Tempo ist der Kern förderlicher Zusammenarbeit mit Menschen, die an einer Psychose erkrankt sind.

Wenn Klienten ihren Bezugspersonen mitteilen, welche Ängste sie haben und welche Schlussfolgerungen sie daraus ziehen, ist es wichtig, ihnen zunächst vorurteilsfrei und aufmerksam zuzuhören.

BEISPIEL

Annika berichtet ihrem Betreuer, sie habe in den letzten Nächten kein Auge zugetan. Immer wieder habe sie Schreie von Tieren gehört, die getötet würden. Sie sei überzeugt, dass ihr Nachbar in seinem Gartenhäuschen heimlich Tiere schlachte. Sie halte das nicht länger aus, man müsse etwas tun, sie wisse aber nicht, was. ×

In einer solchen Situation ist es wenig hilfreich, Annika als Erstes zu erklären, dass das eigentlich nicht stimmen kann und sie sich das bestimmt nur einbilde. Annika wird sich unverstanden und alleingelassen fühlen. Auf der anderen Seite würde sie es sicherlich auch bemerken und misstrauisch werden, wenn ihr Betreuer ihr zum Schein glauben und auf alles eingehen würde. Um glaubwürdig und authentisch zu sein, ist es daher besser, zunächst auf die Gefühlsebene einzugehen:

BEISPIEL »Ich habe so etwas noch nie gehört. Aber ich kann mir vorstellen, dass das schrecklich für Sie sein muss, jede Nacht so etwas zu hören. Mir scheint wichtig, dass Sie wieder schlafen können. Könnten Sie vielleicht vorübergehend woanders übernachten?«
Annika schlägt daraufhin vor, bei einer Freundin zu übernachten und auch etwas von der Bedarfsmedikation zu nehmen, die ihre Ärztin ihr verordnet hat. Am nächsten Tag erscheint sie etwas ruhiger zum Gespräch und berichtet, gut geschlafen zu haben. Sie sei aber weiterhin beunruhigt wegen der Situation zu Hause und wisse nicht, was sie tun solle. Den Nachbarn anzeigen? Aber was, wenn es doch nicht stimmt? Im Gespräch mit dem Betreuer kommt sie auf die Idee, ein älteres Ehepaar, das bei ihr im Haus wohnt und zu dem sie ein gutes Verhältnis hat, zu fragen, ob sie auch etwas gehört hätten. Falls ja, könnten sie ja gemeinsam gegen den Nachbarn vorgehen. Falls nein, habe sie möglicherweise doch nur schlecht geträumt. ✖

Das Beispiel von Annika zeigt, wie wichtig es ist, zunächst für eine Beruhigung und Entaktualisierung zu sorgen. Erst nach einer Nacht, in der sie wieder gut geschlafen hatte, konnte Annika ein wenig Distanz zu ihren Ängsten und Wahrnehmungen aufbauen und selbst die Idee entwickeln, diese auf ihren Realitätsgehalt zu überprüfen. Solche Realitätsprüfungen können sehr hilfreich sein, allerdings nur, wenn die Betroffenen selbst dies wünschen. Jemanden ungefragt mit der allgemeinen Realität zu konfrontieren, kann die Situation eher noch verschlimmern:

BEISPIEL Evelyn kommt aufgeregt und wütend zu ihrem Gruppenleiter. Gestern beim Bäcker habe sie wieder den Kollegen Steffen gehört, ganz laut habe sie seine Stimme gehört, wie er sich über sie lustig gemacht habe. Sie wolle sich das nicht mehr länger gefallen lassen, habe aber Angst, dass Steffen sie bedrohe. Der Gruppenleiter fragt zunächst, ob sie Steffen denn tatsächlich gesehen habe. Evelyn verneint dies, ist sich aber trotzdem vollkommen sicher, dass er da war, schließlich habe sie ja deutlich seine Stimme gehört. Daraufhin ruft der Gruppenleiter Steffen zu sich und Evelyn und fragt ihn, ob er ihr gestern zum Bäcker gefolgt sei. Steffen verneint dies. Evelyn ist aber keineswegs beruhigt, sondern reagiert völlig panisch. Sie hat nun noch mehr Angst vor Steffen, weil der ja jetzt weiß, dass sie sich über ihn beschwert hat. Und sie fühlt sich unverstanden, weil ihr nicht geglaubt wurde. ✖

Das Beispiel von Evelyn zeigt deutlich, dass eine Realitätskonfrontation sehr behutsam vorgenommen und immer von den Betroffenen selbst gesteuert werden muss. Man kann zwar ein Gespräch mit Steffen vorschlagen, aber Evelyn muss selbst entscheiden, ob sie dies möchte und unter welchen Voraussetzungen. Oft ist es hilfreich, den Betroffenen zunächst ein wenig in ihre Realität zu folgen und sie zu beruhigen. Evelyn konnte beispielsweise beruhigt werden, indem man ihr versicherte, dass Steffen ihr nichts tun werde, solange sie bei der Arbeit sei, da ihre Gruppenleiter auf sie aufpassen würden. Zu Hause fühlte sie sich ebenfalls sicher und für den Heimweg beschloss sie, eine Kollegin zu bitten, sie zu begleiten. Wenn die Angst abgeklungen ist, gelingt es den Betroffenen eher, Distanz zu ihren Wahrnehmungen aufzubauen und diese als Zeichen der Psychose zu werten.



Realitätsprüfungen sollten immer behutsam sein und von den Betroffenen gesteuert werden.

In der Begleitung von Menschen, die an einer Psychose erkrankt sind, ist es sehr hilfreich, die Klienten bei der Suche nach dem Sinn der Psychose zu unterstützen. Die meisten Betroffenen versuchen zu verstehen, welchen Sinn die Psychose in ihrem Leben hat. Es gibt viele Hinweise darauf, dass die Krankheitsbewältigung besser gelingt, wenn Betroffene einen solchen Sinn erkennen können. Professionelle Helfer sollten versuchen, den Klienten zu helfen, ihre Psychose-Erfahrung mit ihrer Lebenserfahrung in Verbindung zu bringen. Dies gelingt nur, wenn sie einen Schritt in die Welt des anderen wagen (Bock 2005). Dabei ist es für den Beziehungsaufbau hilfreich, verstehen zu wollen, welche Bewältigungsstrategien der Klient gewählt hat, wie er die Krankheit in sein Selbstbild integriert hat und dabei nicht zu bewerten. So kann es für einen Betroffenen subjektiv durchaus sinnvoll sein, die Krankenrolle als neue Identität anzunehmen und in ihr zu verharren, vor allem, wenn die Rückkehr in die Realität weniger attraktiv erscheint als die Psychose. Auch das Bagatellisieren der Erkrankung oder das Ausblenden von Krankheitsphasen, an die man sich nicht erinnern kann oder will (sogenanntes Sealing over) sind mögliche Strategien. Oftmals gelingt aber auch die Integration der Erkrankung in das Selbstbild und die eigenen Zukunftspläne.



Im Zweifel sollte immer von einem Nicht-Können und nicht vom Nicht-Wollen ausgegangen werden.

Betroffene, die schon länger unter einer Psychose leiden, werden mitunter immer passiver. Dies kann Folge der Minussymptomatik sein, aber auch eine Strategie der Betroffenen, sich vor einer befürchteten Überforderung zu schützen. Diese Passivität kann dazu verleiten, stellvertretend zu handeln und Verantwortung für den Klienten zu übernehmen. Auch sehr erfahrene Therapeuten und Fachkräfte sind sich nicht immer darüber im Klaren, ob ein Patient nicht kann oder nicht will (mad-or-bad-Konflikt, BÄUML 2008). Letztlich kann das kaum genau entschieden werden. Im Zweifelsfall sollte man eher von einem Nicht-Können ausgehen, das durch den Verlust von Antrieb und Energie im Rahmen der Erkrankung entsteht. Keinesfalls sollten professionelle Helfer stellvertretend für die Betroffenen handeln oder sie »schieben«.

Herauszufinden, welches Maß an Anregung und Stimulation das optimale für einen Betroffenen ist, stellt eine mitunter lebenslange Aufgabe dar. Das optimale Anforderungsniveau kann sich ändern, kann in einer Krise oder in der ersten Zeit danach geringer sein, sich dann aber wieder deutlich erhöhen. Es ist wichtig, Menschen, die an einer Psychose erkrankt sind, vor zu viel Stimulation und Überforderung zu schützen. Außerhalb akuter Phasen ist es aber auch wichtig, fortgesetzter Unterforderung vorzubeugen. Manche Betroffene haben das Vulnerabilitäts-Stress-Modell gut verinnerlicht und schützen sich konsequent vor jeder Form von Stress, in der Annahme, dann auf der sicheren Seite zu sein und keinen Rückfall befürchten zu müssen. Fachkräfte sollten mit ihren Klienten erarbeiten, dass Lebensqualität auch darin besteht, sich Anforderungen zu stellen und diese zu bewältigen und dass das Gehirn für seine Entwicklungsfähigkeit Anregungen und Herausforderungen braucht. Die verständliche Angst der Betroffenen, dadurch wieder überfordert zu sein und einen Rückfall zu riskieren, sollten Fachkräfte ernst nehmen und gemeinsam mit ihren Klienten auf das Auftreten von Frühwarnzeichen achten und sie bei den notwendigen Bewältigungsstrategien unterstützen.



Gespräche mit Angehörigen tragen zum besseren Verständnis der Klienten bei.

Die Zusammenarbeit mit Angehörigen ist ein wichtiger Bestandteil in der Begleitung psychosekranker Menschen. Viele Studien belegen eindrücklich, dass Rückfallzahlen gesenkt werden können, wenn Angehörige gut über die Erkrankung ihres Familienmitglieds informiert sind und im Krisenfall ruhig und besonnen reagieren können. Darüber hinaus trägt das Gespräch mit Angehörigen oft zu einem besseren Verständnis des Betroffenen bei und hilft, Unterstützungsmöglichkeiten zu aktivieren. Von entscheidender Bedeutung ist es aber, dass die Betroffenen stets im Mittelpunkt stehen. Kontakte mit Angehörigen finden nicht hinter ihrem Rücken statt und es wird auch nicht über sie gesprochen, sondern mit ihnen.

Zahlreiche Trainingsprogramme werden eingesetzt, um krankheitsbedingt eingeschränkte Fähigkeiten zu verbessern. So gibt es viele Möglichkeiten, die im Rahmen der Minussymptomatik oft eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit zu verbessern, beispielsweise durch computergestützte Konzentrationstrainingsprogramme. Dabei ist das isolierte Training einzelner Fertigkeiten oder Leistungen oft schwierig und wenig sinnvoll. Sehr hilfreich sind dagegen echte, reale Aufgaben und Begegnungen mit Menschen. Dabei werden unendlich viele neuropsychologische Leistungsbereiche automatisch geübt. Reales Leben und Arbeiten mit den Klienten bringt mehr als spezifische, künstliche Trainingsprogramme.



Versuchen Sie, auch in schwierigen Zeiten Hoffnung zu vermitteln.

Eine zentrale Aufgabe von Fachkräften ist es, im Kontakt mit dem Betroffenen Hoffnung zu bewahren. Notfalls auch stellvertretend für diesen (KNUF 2007). Patienten brauchen in einer Zeit, in der sie an sich selbst zweifeln, das Gefühl, dass zumindest die anderen den Glauben an sie und ihre Fähigkeiten nicht verloren haben. Dabei ist es wichtig zu wissen, dass ein sogenannter »positiver Knick« auch nach jahrelangem Krankheitsverlauf einer Psychose plötzlich auftreten kann, die Symptomatik und das Wohlbefinden können sich plötzlich wesentlich bessern. Oft tritt spätestens nach zehn bis zwanzig Jahren eine deutliche Verbesserung der Symptomatik ein, selbst bei sehr schwer verlaufenden Erkrankungen. Selbst erfahrene Fachleute schätzen den weiteren Krankheitsverlauf oft zu negativ ein (BÄUML 2008).

Hilfe zur Selbsthilfe

An einer Psychose erkrankt zu sein bedeutet nicht, permanent krank oder von Erkrankung bedroht zu sein. Die gesunden, symptomfreien Zeiten überwiegen bei den meisten Betroffenen. Allerdings muss man sich aktiv darum kümmern, stabil zu bleiben. Leider kann man das Risiko einer erneuten psychotischen Krise nicht mit einem Teststäbchen im Urin überprüfen.

Frühwarnzeichen siehe S. 21 f.

Die wichtigste Maßnahme zur Rückfallprophylaxe ist deshalb die Beachtung von Frühwarnzeichen . Frühwarnzeichen sind Signale des Körpers, dass eine kritische Grenze erreicht ist und der Organismus durch zu viel Stress überlastet ist. Man kann diese Signale

symbolisch verstehen, wie ein Ampelsignal, das auf rot umschaltet. Das rote Ampelsignal bedeutet, dass man anhalten soll und, solange die Ampel rot ist, in diese Richtung nicht mehr weiterfahren darf. Analog dazu signalisieren körperliche oder psychische Frühwarnzeichen, dass der Organismus durch zu viele Stressbelastungen aus dem Gleichgewicht geraten und überfordert ist.
Frühwarnzeichen treten in der Regel Tage oder Wochen vor dem Ausbruch oder Rückfall einer Psychose auf. Betroffene sollten zunächst ihre Frühwarnzeichen identifizieren. Rückblickend gelingt das fast immer.

Download Symptomlisten helfen beim Identifizieren von Frühwarnzeichen.

Manchmal fällt es leichter, Frühwarnzeichen aus einer Liste mit Vorschlägen herauszusuchen. Auf unserer Internetseite finden Sie bei den Zusatzmaterialien eine solche Liste zum Herunterladen, die nicht nur für Psychosen, sondern auch für andere psychische Erkrankungen geeignet ist. Je klarer Betroffene ihre Frühwarnzeichen erkennen, desto besser können sie für sich selbst sorgen, sich schützen und sich selbst helfen.
Die Beschäftigung mit Frühwarnzeichen ist sehr hilfreich, um rechtzeitig zu erkennen, dass eine Krise droht, und um durch wirksame Entlastung und angemessene Unterstützungsangebote gegensteuern zu können. Manchmal besteht aber die Gefahr, jedes alltägliche Stresssymptom für ein Frühwarnzeichen zu halten. Die Vermeidung selbst alltäglicher Stresssymptome hat dann mitunter die Vermeidung des ganzen Lebens zur Folge. Frühwarnzeichen lassen sich von alltäglichen Stresssymptomen wie folgt unterscheiden:

TABELLE 1
Alltägliche Stresssymptome und Frühwarnzeichen

Alltägliche Stresssymptome	Frühwarnzeichen
... verschwinden in der Regel wieder in Erholungsphasen.	... signalisieren einen Rückfall oder eine bevorstehende Krise.
... sind alltäglich, gehören zur Alltagsbewältigung. Man hat gelernt, damit zu leben.	... sind nicht alltäglich.
... sind nicht so intensiv und dauerhaft wie Frühwarnzeichen (z. B. nur eine schlaflose Nacht).	... sind intensiver und dauerhafter als alltägliche Stresssymptome (z. B. Schlafstörungen über mehrere Tage bzw. Wochen).

Alltägliche Stresssymptome sind oft Teil der Alltagsbewältigung und sollten nicht sofort als Krisensymptome gedeutet werden. Psychosekranke leiden teilweise täglich unter psychischen Belastungen oder Einschränkungen, die aber keine Frühwarnzeichen darstellen. So kann es für Betroffene oft sinnvoll sein zu lernen, mit leichteren Symptomen zu leben, beispielsweise gelegentlichem Stimmenhören oder eine Neigung, schnell alles auf sich zu be-

ziehen. Als Frühwarnzeichen gelten dagegen die Symptome, die insbesondere vor Krisen auftreten. Günstig ist, wenn Betroffene auch solche Frühwarnzeichen identifizieren können, die andere beobachten können. Also nicht nur Veränderungen des Denkens und der Wahrnehmung, sondern auch Veränderungen im Verhalten. Betroffene können dann von anderen darauf angesprochen werden und dies kann ihnen helfen richtig einzuschätzen, in welcher Situation sie gerade sind.

BEISPIEL

Klaus ist seit einigen Tagen verändert. An seinem Arbeitsplatz in der Werkstatt für psychisch kranke Menschen unterbricht er immer wieder seine Arbeit, schaut vor sich hin und scheint in sich hineinzuhören. In der Mittagspause geht er nicht wie sonst zum Essen, im Speisesaal ist es ihm zu laut. Stattdessen liest er in der Bibel, was er sonst nie tut. Schließlich fasst sich sein Gruppenleiter ein Herz und spricht ihn an. Er sagt Klaus, dass er ihn verändert erlebt und sich Sorgen macht. Er hat im Krisenplan von Klaus gelesen, dass Konzentrationsprobleme und verstärkte Beschäftigung mit religiösen Themen seine Frühwarnzeichen sind und teilt ihm mit, dass er diese seit einigen Tagen an Klaus beobachtet. Daraufhin erzählt Klaus, dass er auch seit einigen Tagen etwas beunruhigt ist und schlecht schlafen kann. Er wollte sich aber nicht verrückt machen und erst mal abwarten, ob anderen etwas an ihm auffällt. Nachdem sein Gruppenleiter ihn nun angesprochen hat, vereinbart er gleich einen Termin mit seinem Arzt.

Neben Angehörigen haben auch Fachkräfte eine nicht zu unterschätzende Rolle bei der Rückfallprophylaxe. Sie nehmen oft als Erste Auffälligkeiten und Veränderungen im Sinne von Frühwarnzeichen bei den Betroffenen wahr. Fachkräfte sollten ebenso wie Angehörige den Betroffenen mitteilen, welche Veränderungen sie beobachten und dann gemeinsam mit ihnen überlegen, ob es sich um Frühwarnzeichen handelt oder nicht und was gegebenenfalls zu tun ist.



Einen Krisenplan kann man besser in ruhigen Zeiten erarbeiten.

In Krisenzeiten fällt es oft schwer, zu überlegen, was man für sich tun kann, deshalb sollte man in ruhigeren Lebensphasen einen Plan und entsprechende Strategien zur Rückfallprophylaxe erarbeiten. In einem Krisenplan wird das Vorgehen bei einem drohenden Rückfall schriftlich festgelegt. Ein Krisenplan ist ein Leitfaden für Betroffene, Angehörige und professionelle Helfer, um beim Auftreten von Frühwarnzeichen rasch das Richtige zu tun (Bäuml 2008). Ein Krisenplan enthält vier Elemente:

Individuelle Frühwarnzeichen: Welche Frühwarnzeichen treten vor einer beginnenden Krise auf? Woran können andere bemerken, dass es mir schlechter geht?
Entlastungsmöglichkeiten: Welche Entlastungen zur Stressreduktion sind notwendig? Ist Bedarfsmedikation oder Erhöhung der Medikation angezeigt?
Unterstützungsmöglichkeiten: Welche Unterstützungsmöglichkeiten sind notwendig? Von wem?
Verteiler: Wer soll informiert werden über den Krisenplan?

Download Krisenplan

Auf unserer Internetseite finden Sie unter den Zusatzmaterialien ein Beispiel für einen persönlichen Krisenplan zum Herunterladen. Dieser ist nicht nur für Menschen mit Psychosen, sondern auch für Menschen mit anderen psychischen Erkrankungen geeignet. Fachkräfte sollten mit ihren Klienten außerhalb akuter Phasen darüber sprechen, wie sich eine erneute Krise ankündigen würde und welche Hilfe der Betroffene dann ganz konkret von ihnen erwartet. Betroffene sollten den Krisenplan selbst geschrieben und unterschrieben haben. Dann ist es leichter, eventuelles Misstrauen in einer beginnenden Krise zu überwinden.
Es ist sinnvoll, wichtige Vertrauenspersonen ebenfalls über den Krisenplan zu informieren. Nicht nur Fachkräfte, auch Angehörige und Freunde reagieren mitunter hilflos auf psychische Krisen von Betroffenen. Wenn auch sie wissen, was für den Betroffenen hilfreich ist, können Missverständnisse vermieden und zwischenmenschliche Konflikte verhindert werden. Beispielsweise ziehen sich Betroffene in Krisenzeiten häufig zurück, Betreuer machen sich Sorgen und kümmern sich verstärkt um ihren Klienten, dieser zieht sich dann weiter zurück, sodass ein Teufelskreis und dadurch zusätzlicher Stress für den Betroffenen entsteht. Deshalb ist es sehr wichtig, dass das soziale Umfeld des Betroffenen mit einbezogen wird und somit zur Entlastung und Unterstützung beitragen kann.
Betroffene sollten frühzeitig, also in Zeiten, in denen es ihnen gut geht, mit der behandelnden Ärztin besprechen, ob sie im Krisenfall eine vereinbarte Dosis als Bedarfsmedikation einnehmen können. Die Bedarfsmedikation sollte dann auch verfügbar sein. Beim Auftreten von Frühwarnzeichen sollte unbedingt der behandelnde Arzt miteinbezogen bzw. informiert werden.
Krisen sollten auch ein Anlass sein, zu überprüfen, ob die Behandlung für den Betroffenen angemessen ist oder ob Ergänzungen oder Veränderungen im Hinblick auf Medikation, Psycho- und Soziotherapie vorgenommen werden müssen. Vielleicht müssen die Arbeitszeiten verändert werden? Wäre es hilfreich, wenn die Betreuerin den Klienten häufiger zu Hause aufsuchen würde? Braucht eine Klientin Unterstützung bei der Einnahme der Medikamente?

Welche Entlastungs- und Unterstützungsmöglichkeiten Betroffene als hilfreich erleben, ist individuell sehr verschieden. Allgemein geht es bei Entlastungsmöglichkeiten darum, Stress und Belastungen zu reduzieren. Bei Unterstützungsmöglichkeiten geht es darum, konkret Hilfe zu bekommen.



Entlastungsmöglichkeiten sollen Stress reduzieren.

Häufig wirksame Entlastungsmöglichkeiten sind:
- Bedarfsmedikation einnehmen;
- früh schlafen gehen, ausschlafen, auf ausreichend Schlaf achten;
- Ablenkung durch Musikhören, Fernsehen, Lesen;
- spazieren gehen;
- sich ausheulen bei jemandem,
- kreativ tätig werden;
- Arbeitszeit verkürzen oder krankschreiben lassen;
- Entspannungsbad nehmen, Beruhigungstee trinken;
- Strategien, die die psychophysiologische Aktiviertheit verringern, wie Entspannungstechniken (z. B. Progressive Muskelentspannung oder Yoga), Atemübungen etc. Dabei gilt: Übung macht den Meister!



Unterstützungsmöglichkeiten sorgen für konkrete Hilfe.

Häufig wirksame Unterstützungsmöglichkeiten sind:
- Gespräch mit einer Ärztin;
- Gespräch mit einer Betreuerin oder Bezugsperson;
- Gespräch mit jemandem, der ruhig und besonnen reagiert;
- konkret um Hilfe bitten bei Problemen;
- Arbeitszeiten oder -inhalte vorübergehend verändern oder reduzieren.

Neben diesen allgemeinen Entlastung- und Unterstützungsmöglichkeiten gibt es einen großen Schatz an individuell verschiedenen Strategien. Alle Betroffenen haben die Erfahrung gemacht, dass bestimmte Verhaltensweisen hilfreich für sie sind, andere dagegen nicht. Manches haben sie dabei durch Zufall entdeckt. Nicht selten sind subjektive Strategien wirksamer als die Vorschläge professioneller Helfer. Immer sind sie Zeichen enormer Lebenstüchtigkeit in der Krankheitsbewältigung. Wichtig ist es, mit den Betroffenen über dieses subjektive Erfahrungswissen zu sprechen. Erfahrungsberichte darüber, welche Bewältigungsstrategien sich in der Vergangenheit bewährt haben, können auch für andere Betroffene sehr interessant sein. Beispiele für solche individuellen Strategien sind:

- jahreszeitliche Rhythmen beachten (»*Im Frühjahr bin ich immer besonders anfällig*«);
- Reizthemen vermeiden beziehungsweise »auf Durchzug schalten«;
- sich selbst gut zureden (»*Vorsicht, Ina, du bekommst schon wieder diese Rückenschmerzen und diesen Druck auf der Brust. Jetzt atme ganz ruhig, geh heute Abend früh schlafen und trinke heute keinen Kaffee mehr!*«);
- kognitive Strategien wie Wechsel oder Fokussierung der Aufmerksamkeit (z.B. ein Buch lesen oder Denksportaufgaben machen).

Oft hilft eine Kombination aus mehreren Strategien am besten. Wenn sich etwas bewährt hat, wenden die Betroffenen es immer wieder an und der Erfolg wird noch größer.

BEISPIEL Evelyn hört immer wieder Stimmen, teilweise sehr laut. Auch durch die Medikamente verschwinden die Stimmen nicht vollständig. Manchmal, wenn sie nicht abgelenkt ist, nerven die Stimmen sie und sie erteilt ihnen den Befehl, endlich ruhig zu sein. »Ruhe!«, ruft sie dann, zum Beispiel zu Hause am Küchentisch. Meistens funktioniert es. Evelyn achtet darauf, dass das Fenster geschlossen ist, um die Nachbarn nicht zu erschrecken. Wenn ihre Mitbewohnerin zu Hause ist, ruft sie nur leise, weil diese sich sonst Sorgen um sie macht.



Psychoedukation: Erfahrungswissen der Betroffenen wird mit Expertenwissen der Fachkräfte verknüpft.

Krisenpläne und Frühwarnzeichen werden oft im Rahmen von psychoedukativen Angeboten erarbeitet. Psychoedukation bedeutet, Betroffene über die Ursachen ihrer Erkrankung und über Behandlungsmöglichkeiten sowie über die Wirkungsweise der Medikamente zu informieren. Die Betroffenen wollen und sollen ihre Erkrankung verstehen und begreifen lernen, um daraus die notwendigen Konsequenzen für die weitere Lebensplanung ziehen zu können. Die Kunst besteht darin, das für den Laien oft nicht nachvollziehbare Fachchinesisch so zu übersetzen, dass es für die Betroffenen gut verständlich ist (BÄUML 2008). Es gibt viele psychoedukative Programme und Materialien, einige werden in Gruppen eingesetzt, andere im Einzelkontakt. In jedem Fall werden die Patienten in ihrem Krankheitsverständnis und im selbstverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung gefördert und bei der Bewältigung ihrer Krankheit unterstützt.

Fachkräfte sollten ihre Klienten gezielt fragen, ob sie im Rahmen von psychoedukativen Programmen schon einen Krisenplan erarbeitet haben und ob sie diesen sehen dürfen. Wenn Klienten noch keinen Krisenplan haben, sollten sie gemeinsam mit ihnen überlegen, ob sie eine psychoedukative Gruppe besuchen wollen oder ob der Krisenplan im Einzelgespräch mit der Fachkraft erarbeitet werden soll. Bereits vorliegende Krisenpläne sollten immer wieder auf ihre Aktualität hin gemeinsam mit dem Klienten überprüft werden.

Depressionen

Eine der häufigsten und bekanntesten psychischen Störungen ist die Depression. Fast jeder Fünfte – jede vierte Frau und jeder achte Mann – ist mindestens einmal im Leben davon betroffen. Depressionen zählen zu den affektiven Störungen. Dies bedeutet, dass in erster Linie das Gefühlsleben betroffen ist.
Depressionen nehmen zu, deshalb sprechen viele bereits von einer Volkskrankheit. Die Mehrzahl der Depressionen wird von den Betroffenen und den Ärzten gar nicht erkannt. Die Depressionen, die erkannt werden, werden dann häufig nicht bzw. unzureichend behandelt. Oft verbirgt sich die Krankheit hinter körperlichen Beschwerden, beispielsweise Schmerzen, Erschöpfung und Herz-Kreislauf-Problemen, was dazu verleitet, wegen dieser Störungen zum Arzt zu gehen. Hinzu kommt, dass es weniger stigmatisierend und in der Gesellschaft eher akzeptiert ist, wegen Schmerzen oder Burn-out in Behandlung zu sein als wegen einer Depression.

Bericht einer Betroffenen

BEISPIEL Julia sitzt nach vorne gebeugt und in sich zusammengesunken auf dem Stuhl. Ihr Gesicht wirkt wie versteinert. Mit schwacher Stimme sagt sie. »Das hat alles keinen Sinn mehr. ... Ich will nicht mehr leben.« Die Wohnheimmitarbeiterin fragt nach: »Was ist denn passiert? Gestern sprachen wir doch noch über das Praktikum, das Sie heute beginnen wollten?«
Julia klingt verzweifelt: »Ich bin heute Morgen wieder nicht aus dem Bett gekommen. Ich habe es einfach nicht geschafft, mich aufzuraffen. Aber wenn nicht mal das Aufstehen gelingt, wie soll ich dann je wieder arbeiten können? Dann kann ich ja gleich im Bett bleiben. Und wenn ich nicht mehr arbeiten kann, werde ich irgendwann auf der Straße landen. Wenn ich so oder so auf der Straße lande, dann kann ich mir ja gleich die Kugel geben.«

So kann der Einstieg in eine Depressionsspirale aussehen. Ein Misserfolgserlebnis kann der Auslöser sein für eine Kette von negativen

Gedanken, Versagensgefühlen und einem Rückzugsverhalten, das noch mehr Zeit und Raum gibt für Grübeleien. Wenn man sich wie Julia in dieser negativen gedanklichen Abwärtsspirale befindet, sieht man die Zukunft immer düsterer. Man hat das Gefühl, nichts daran ändern zu können, und die Welt ist dann ein Platz an dem man hilflos alleingelassen und ausgeliefert ist. Dieses Erleben kann dazu führen, dass der letzte Ausweg darin gesehen wird, sich das Leben zu nehmen. Man fühlt sich in einem Teufelskreis gefangen, aus dem es scheinbar keinen Ausweg mehr gibt.

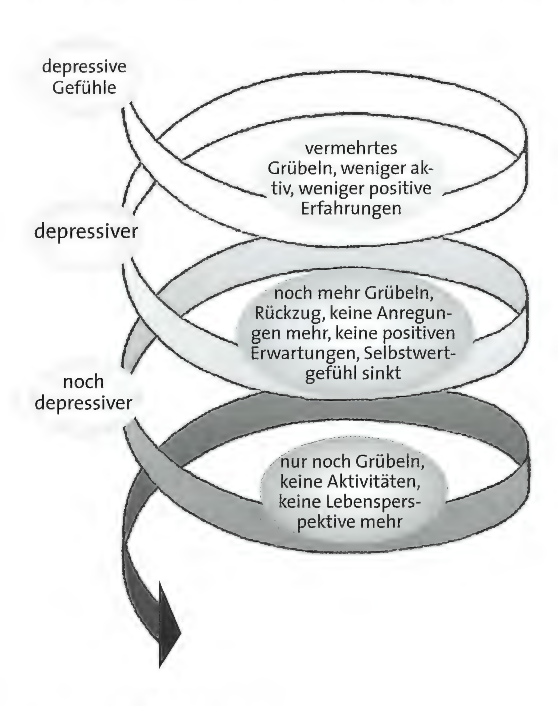


ABBILDUNG 11
Die Depressionsspirale (nach Pitschel-Walz 2003)

Was wir alle kennen

» Auch Depressionen erscheinen zunächst einmal als Schutzmechanismus: die Seele entwickelt eine Art Totstellreflex – vergleichbar einem Fluchttier, das sich duckt bis die Gefahr vorbeirauscht. Wenn etwas Schlimmes passiert, das unser Fassungsvermögen übersteigt, wenn Gefühle widersprüchlich werden und nicht mehr zu sortieren sind, wenn wir uns lange anhaltend überfordern/überfordert fühlen, wenn Entscheidungen anstehen, die nicht zu fällen sind, dann kann es notwendig sein, vorübergehend auf Durchzug zu stellen. Wir entwickeln depressive Züge, um uns zu schützen, und brauchen dann Zeit, Ruhe, Geduld, Besinnung Trost, Hilfe,

Zuspruch … Problem ist allerdings, dass solche Phasen eine psychische, soziale und auch somatische Eigendynamik entwickeln können. « (BOCK 2010, S. 51)

Ist es nicht normal, nach einem Streit niedergeschlagen zu sein oder wenn man herbe Kritik einstecken musste? Kennen nicht alle Traurigkeit und Schwermut nach einer Trennung oder dem Verlust eines wichtigen Menschen? Fast jede und jeder durchlebte schon einmal Zeiten, in denen man zweifelt, melancholischer die Welt betrachtet und sich schwer tut mit Entscheidungen. Man sieht nur noch Schwierigkeiten und weiß nicht mehr weiter. Man zieht sich ratlos zurück und resigniert.

Gleichzeitig kann der Blick auf die Risiken und Schwierigkeiten zu vorsichtigeren Entscheidungen und weniger Fehlern führen. Wir sehen manche Dinge klarer und realistischer. So verarbeiten wir manche Enttäuschung, die wir vorher nicht wahrnehmen und wahrhaben wollten. Das Gefühl von Trauer hat die Funktion, uns darauf vorzubereiten, uns von wichtigen Dingen oder Menschen zu lösen oder zu verabschieden. Es ist durchaus wahrscheinlich, dass in Zeiten der Neuorientierung auch Phasen der Niedergeschlagenheit und leichtere Formen der Depression auftreten.

Trauer ist eine natürliche Reaktion auf Verlust.

Erich KÄSTNER (1988) drückt dies in seinem Gedicht »Traurigkeit, die jeder kennt« so aus:

» Die Trauer kommt und geht ganz ohne Grund und angefüllt ist man mit nichts als Leere.
Man ist nicht krank und ist auch nicht gesund. Es ist als ob der Seele unwohl wäre. «

Wenn wir von einer Depression im Sinne einer Störung sprechen, handelt es sich um ganz ähnliche Gefühle. Allein der Ausprägungsgrad ist intensiver und die Dauer ist länger. Man kann das Erleben von Trauer und Niedergeschlagenheit bis hin zur depressiven Symptomatik auf einer Skala von 1 bis 10 darstellen:

Wo hört Traurigkeit auf und wo beginnt die Depression?

1. Melancholisch, leicht bedrückt.
2. Pessimistischer Blick in die Zukunft.
3. Traurig für einige Stunden.
4. Morgens hat man Anlaufschwierigkeiten.
5. Morgens fällt es einem schwer, aufzustehen. Schlafstörungen, Gedanken und Sorgen führen zu einer gedrückten Stimmung.
6. Traurig für wenige Tage, Rückzug, antriebslos, Alltagserledigungen fallen schwer.
7. Man kann sich schwer an etwas freuen, es fällt schwer, etwas zu unternehmen. Gedankenkreisen und Grübeleien nehmen zu.

8. Der Zeitraum der Trauer ist länger als eine Woche, Grübeln und Freudlosigkeit nehmen zu.
9. Traurigkeit und Verzweiflung beherrschen den Alltag. Morgens fällt es sehr schwer, den Tag zu beginnen. Es fällt schwer, sich an etwas zu freuen. Das Interesse an den Dingen wird weniger. Frühmorgendliches Erwachen.
10. Klinisch relevantes Erleben einer depressiven Störung

Informationen zur depressiven Störung

Vordergrund

BEISPIELE

Gestern ist Bernd noch ins Büro gegangen und hat die fällige Lohnabrechnung fertiggestellt. Heute geht nichts mehr. Er beschreibt es so: »Das ist, wie wenn dir jemand den Saft abdreht. Du hast keine Energie mehr, alles ist sinnlos. Du kannst dich zu nichts mehr aufraffen. Alles ist leer und langweilig. Dir ist alles egal.«

Julia hat viele Behandlungsversuche hinter sich. Seit Jahren leidet sie unter Kopf- und Rückenschmerzen, die bis heute nicht besser sind. Sie fühlt sich vor allem morgens wie gerädert. Das Aufstehen fällt ihr schwer, auch wenn sie mehr als zehn Stunden tief geschlafen hat. Appetit hat sie kaum noch. Sie hat in den letzten zwei Jahren fünf Kilo abgenommen. Vieles, woran Julia einmal Freude hatte, ist für sie jetzt gleichgültig und fade. Mit ihrem Freund läuft es auch schon länger schlecht. Sexualität spielt in ihrer Partnerschaft kaum mehr eine Rolle.

Depressive Symptome können sehr vielfältig sein. Sehr häufig kommen körperliche und psychische Symptome gemeinsam vor.

Negative Gefühle

Das Gefühl von Niedergeschlagenheit und Hilflosigkeit steht oft im Vordergrund. Vielfach empfinden die Betroffenen eine unendliche Trauer, sind ständig dem Weinen nahe. Andere empfinden gar nichts außer einem Gefühl der Leere. Sie beschreiben sich als innerlich tot und abgestumpft. Einige Menschen in einer Depression haben starke Schuldgefühle, erleben übermächtige Einsamkeit oder eine große Distanz zur Welt um sie herum.



Negative Gedanken

Viele negative Gedanken über die eigene Person kreisen im Kopf (»Ich bin ein Versager«, »Ich werde nie etwas auf die Reihe bekommen«). Depressive Menschen sehen die Zukunft extrem pessimistisch (»Das wird sich nie ändern«, »Alles geht den Bach run-

ter«). Sie erachten sich selbst häufig als fehlerhaft, unzulänglich oder krank. Auch positive Erfahrungen interpretieren sie negativ. Überall sind Niederlagen und Enttäuschungen zu verkraften. Alltägliche Probleme werden zu riesigen, unüberwindlichen Bergen und wahrscheinlichen Katastrophen.

Das Denken ist verlangsamt, die Konzentration beeinträchtigt durch Grübeleien. Ideen der Ausweglosigkeit und Sinnlosigkeit des eigenen Lebens gipfeln nicht selten in Suizidgedanken.

Körperliche Symptome

Häufig empfinden Betroffene eine innere Unruhe, sind angespannt und reizbar. Sie fühlen sich erschöpft, müde und energielos. Menschen in einer Depression können extrem wetterfühlig sein und dann unter Kopf- und Gliederschmerzen leiden. Trotz großer Müdigkeit treten Schlafstörungen auf. Zudem kann es mitunter zu vegetativen Beschwerden, wie Druckgefühle im Kopf, Magenbeschwerden oder Verdauungsstörungen kommen. Bei manchen Menschen stehen die körperlichen Beschwerden bei einer Depression im Vordergrund. Dann kann es schwierig sein, die Depression als solche zu erkennen.

Motivation und Verhalten

Folge der bislang beschriebenen Beschwerden kann eine Lähmung des Willens sein. Depressive Menschen gehen davon aus, dass alles schief geht und dass sie die Anforderungen nicht bewältigen können. Statt darauf zu hoffen, dass eine Sache gelingt, überwiegt die Angst vor dem Scheitern. Betroffene können sich nur sehr schwer zu Dingen aufraffen. Sie ziehen sich zurück, vermeiden jegliche Konfrontation mit dem Leben und fühlen sich überfordert. Alltägliche Aufgaben – dies kann schon die morgendliche Dusche sein – werden immer weiter aufgeschoben.

Depressionsspirale siehe S. 81

Gefühle, Gedanken und Verhalten können sich gegenseitig verstärken und negativ beeinflussen. Diese Dynamik führt zu einem Teufelskreis, den man sich so vorstellen kann: Durch meine negative Sicht der Dinge ziehe ich mich eher zurück. Wenn ich nur noch zu Hause bleibe, habe ich keine Gelegenheit, Erfolge zu erleben oder positive Erfahrungen zu machen. Daraufhin fühle ich mich noch schlechter (siehe auch Abbildung 12).

Diagnostik und Häufigkeit

ICD-10 siehe S. 57

Die Depression ist ein emotionaler Zustand, der sich in einer niedergeschlagenen Stimmung, Antriebsschwäche oder dem Verlust von Freude und Interesse äußert. Nach ICD-10 werden depressive Episoden unterteilt in leichte, mittelgradige und schwere For-

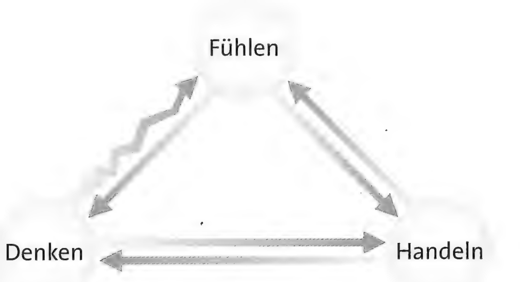


ABBILDUNG 12

Fühlen, Denken und Handeln beeinflussen sich gegenseitig (nach Pitschel-Walz 2003)

men. Bei den schweren Episoden werden jene mit zusätzlichen psychotischen Symptomen noch einmal gesondert betrachtet.



Die Symptome müssen mindestens zwei Wochen anhalten.

Bei allen Formen sollten die Symptome mindestens zwei Wochen andauern. Zusätzlich muss man ausschließen können, dass sie sich auf psychotrope Substanzen wie Drogen oder Medikamente oder eine organische Erkrankung zurückführen lassen. Darüber hinaus darf keine manische oder hypomanische Episode der Depression vorausgegangen sein.

Manie siehe S. 102 ff.
Hypomanie siehe S. 108

Nach ICD-10 liegen bei leichter und mittelgradiger Depression mindestens zwei und bei schweren Episoden alle drei der folgenden Symptome vor:

- ungewöhnlich depressive Stimmung über die meiste Zeit des Tages und fast täglich, unabhängig von äußeren Umständen;
- Verlust von Freude oder Interesse an angenehmen Aktivitäten;
- Antriebsminderung oder erhöhte Ermüdbarkeit.

Zusätzlich müssen bei einer leichten Episode ein bis vier, bei einer mittelgradigen bis zu sechs und bei einer schweren Episode alle der folgenden Symptome vorkommen:

- Verlust von Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl;
- unbegründete Selbstvorwürfe und unangebrachte Schuldgefühle;
- wiederholte Gedanken an den Tod oder an Suizid;
- Denk- und Konzentrationsstörungen oder Unentschlossenheit;
- psychomotorische Unruhe oder Hemmung;
- Schlafstörungen;
- Verlust oder Steigerung des Appetits, was zu Gewichtsveränderungen führt.



Die Depression gehört zu den häufigsten psychischen Störungen.

Weltweit erkranken pro Jahr zwischen 5 und 7 Prozent der Bevölkerung an einer Depression. In Zeiten wirtschaftlicher Krisen erkranken sogar noch mehr Menschen. Im Durchschnitt durchleben 16 Prozent aller Menschen einmal im Laufe ihres Lebens eine

depressive Episode. Bei Frauen tritt die Depression etwa zwei- bis dreimal so häufig auf wie bei Männern. Außerdem findet sich die Störung öfter in niedrigen sozialen Schichten. Die meisten Menschen erkranken im Alter von 25 bis 30 Jahren zum ersten Mal. Bei etwa 80 Prozent der Betroffenen bleibt es nicht bei einer einzigen depressiven Episode, sie erkranken wiederholt. Depressive Episoden gehen zwar auch unbehandelt vorüber, aber sie können mehr als ein halbes Jahr andauern und die Betroffenen schwer beeinträchtigen. Zudem ist die Suizidgefahr in depressiven Phasen erhöht. Als Begleiterkrankungen finden sich häufig Angststörungen, Substanzmissbrauch, sexuelle Funktionsstörungen und Persönlichkeitsstörungen.

Umgang mit suizidalen Krisen siehe S. 236

Innerhalb eines Jahres lässt sich nur circa die Hälfte aller depressiv erkrankten Menschen in Deutschland wegen ihrer Symptomatik behandeln (Jacobi u.a. 2004). Wenn in den ersten Wochen nach der Entbindung bei Frauen eine Depression auftritt, spricht man von einer postpartalen Depression. Treten depressive Symptome saisonabhängig, vor allem im Winter auf, hängt das häufig mit den kürzeren Tageslichtphasen zusammen. Dies führt zu einer Verringerung der Serotoninaktivität.

Biologische Erklärungsansätze siehe S. 87f.

Ungefähr 5 bis 20 Prozent der Erkrankungen (Holma u.a. 2008) nehmen einen chronischen Verlauf. Als chronisch bezeichnet man eine Depression, wenn die Symptome länger als zwei Jahre anhalten. Wenn Patienten an einer sehr schweren Depression erkranken oder wenn sie zusätzlich eine Persönlichkeitsstörung haben, ist es wahrscheinlicher, dass die Depression chronisch wird. Man geht auch davon aus, dass es bei Menschen mit einer chronischen Depression bestimmte Besonderheiten gibt – im Denken und in der Art zu Kommunizieren (nach Arolt & Kersting 2010):

Chronische Depressionen sind sehr belastend für die Betroffenen und nur schwer behandelbar.

Sie denken häufig in Schubladen, Zwischentöne gibt es nicht. Dinge sind entweder gut oder schlecht und niemals beides zugleich. Ihre Ansichten lassen sich kaum durch Argumente anderer beeinflussen. Darum werden Menschen mit einer chronischen Depression häufig als engstirnig oder rechthaberisch wahrgenommen.

Im Gespräch mit anderen neigen sie zu Monologen und begleiten ihre Aussage nur wenig durch Mimik und Gestik. Sich in andere hineinzuversetzen, fällt ihnen sehr schwer. Wenn sie in Stress geraten, haben sie häufig nur wenig Kontrolle über ihre Gefühle.

Hintergründe

Warum manche Menschen depressive Störungen entwickeln und andere nicht, erklärt das Verletzlichkeits-Stress-Modell.

siehe S. 15ff.

Depressive Phasen werden häufig durch belastende Lebensereignisse (z.B. Trennung, Verlust, Tod eines Angehörigen) oder durch Stress und Überforderung am Arbeitsplatz oder in der Familie ausgelöst. Das Gefühl, hilflos und überfordert zu sein, kann vorübergehend sein und wieder abklingen. Es kann aber auch andauern und in eine depressive Krise münden. Dies ist vor allem bei Menschen der Fall, die über eine Verletzlichkeit für eine depressive Erkrankung verfügen. Bei manchen Menschen genügt bereits eine geringe äußere Belastung, um depressive Symptome hervorzurufen.



Belastende Lebensereignisse und Stress spielen eine Rolle.

Das heißt, das Zusammentreffen einer spezifischen Verletzlichkeit mit Stress führt zu depressiven Symptomen.

Biologische Erklärungsansätze

Aus Familien-, Zwillings- und Adoptionsstudien weiß man, dass Angehörige von depressiven Menschen ein etwa doppelt so hohes Erkrankungsrisiko haben wie Menschen ohne betroffene Verwandte. Etwa 15 bis 20 Prozent von ihnen erkranken selbst. Dies bedeutet, dass Depressionen - wie die meisten psychischen Störungen – nicht direkt vererbt, aber durch Gene mitbeeinflusst werden.

Während bei der Psychose von einer erhöhten Neurotransmitterkonzentration ausgegangen wird, nimmt man bei Depressionen einen zu niedrigen Spiegel an. Allerdings sind bei der Depression zwei ganz andere Neurotransmitter betroffen. Die Annahme ist zum einen, dass der Neurotransmitter Noradrenalin in zu geringer Konzentration im synaptischen Spalt vorhanden ist, zum anderen weiß man von einem Zusammenhang zwischen niedrigem Serotoninspiegel und depressiven Symptomen.

Gehirnstoffwechsel siehe auch S. 61

Entsprechend wirken sich Antidepressiva besonders auf die Neurotransmitter Serotonin und Noradrenalin aus. Man nennt sie deshalb selektive Serotonin- bzw. Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer.

Ein weiterer biologischer Erklärungsansatz geht davon aus, dass eine chronische Stressreaktion abläuft. Dafür spricht, dass von Depression Betroffene eine erhöhte Konzentration des Hormons Kortisol im Blut haben. Kortisol wird bei jedem Menschen, der unter Stress steht, ausgeschüttet. Aber nur bei dauerhaft Gestress-



Depressionen als Reaktion auf chronischen Stress.

ten kann der Körper das Kortisol nicht mehr schnell abbauen. Der erhöhte Kortisolspiegel hat zur Folge, dass weniger spezielle Rezeptoren für den Neurotransmitter Serotonin vorhanden sind und die Funktion der Noradrenalinrezeptoren beeinträchtigt ist.

Veränderungen im Gehirn spielen eine Rolle.

Bei einer Reihe von depressiven Patienten wurden Veränderungen im Gehirn festgestellt.
Der Bereich des Gehirns, der direkt hinter der Stirn liegt, ist auf der linken Seite weniger aktiv. Dies führt zu einer Dominanz der rechten Hirnhälfte, wo negative Emotionen angesiedelt und damit überrepräsentiert sind.
Die Amygdala, ein Bereich im Gehirn, den man auch Mandelkern nennt, ist stärker aktiv und größer als bei nicht-depressiven Menschen. Dadurch werden negative Gefühle zum einen verstärkt und zum anderen leichter ausgelöst.
Der Hippocampus kann verkleinert sein – ein Bereich im Gehirn, der wichtig ist für Denken und Gedächtnis. Dies kann eine mögliche Erklärung für die verminderte Leistungsfähigkeit im Denken bei Menschen in einer Depression sein. Man spricht auch von einer depressiven Pseudodemenz, die sich nach Abklingen der Depression aber wieder zurückbildet.
Ob die Veränderungen im Gehirn eine Folge der Depression oder ob sie Ursache für Depressionen sind, konnte bislang noch nicht geklärt werden.

Psychologische und soziale Erklärungsansätze

Die kognitive Theorie von BECK: Menschen mit Depressionen haben eine negative Sicht von sich selbst, der Welt und der Zukunft.

Der Psychotherapeut und Forscher Aaron BECK (BECK u. a. 2001) geht davon aus, dass Betroffene in ihrer Kindheit und Jugend negative Lebenserfahrungen gemacht haben, wie z. B. den Verlust eines Elternteils oder die Zurückweisung durch Gleichaltrige. Diese negativen Erfahrungen führen zu negativen Grundüberzeugungen, die Beck Schemata nennt. Beispiele für negative Schemata sind die Überzeugung, immer perfekt sein zu müssen oder nicht liebenswert zu sein. Situationen in der Gegenwart, die an diese negativen Erfahrungen erinnern, aktivieren dann die negativen Grundüberzeugungen. Ein innerer Film läuft ab, sodass die Realität verzerrt wahrgenommen wird. Es kommt zu falschen Interpretationen und Fehlschlüssen. In der Regel führen die Fehlschlüsse zu einer Bestätigung und Verfestigung der negativen Überzeugungen.
Beck spricht von einer kognitiven Triade, die die Wahrnehmung von depressiven Menschen prägt. Die **kognitive Triade** umfasst

- eine negative Sicht von sich selbst, z. B. »Ich bin nichts wert«;
- eine negative Sicht der persönlichen Umwelt, z. B. »Keiner liebt mich und keiner unterstützt mich«;
- eine negative Sicht der Zukunft, z. B. »Das hat alles keinen Zweck, es wird sich so oder so nichts ändern«.

In vielen Untersuchungen zeigte sich, dass das Denken depressiver Menschen verzerrt ist. Menschen mit negativen Einstellungen bzw. Grundüberzeugungen neigen eher zu depressiven Symptomen, wenn sie negative Erfahrungen machen müssen.



Unkontrollierbare negative Erfahrungen führen zu einem Gefühl der Hilf- und Hoffnungslosigkeit.

SELIGMAN & ROCKSTROH (2000) entwickeln eine weitere Theorie zur Erklärung, wie Depressionen entstehen. Sie gehen davon aus, dass Menschen, wenn sie unangenehme Erfahrungen machen, die sie nicht kontrollieren können, eine Überzeugung der Hilflosigkeit entwickeln. Diese Überzeugung führt zu passivem Verhalten und längerfristig zu Depression. ABRAMSON u. a. (1989) erweitern diesen Ansatz um die Ursachenzuschreibungen, die sogenannten Attributionen. Menschen haben die Angewohnheit nach Ursachen für Ereignisse zu suchen. Dabei fanden ABRAMSON u. a. (1989) heraus, dass es einen »depressiven« Attributionsstil gibt, der immer wieder zu einem Gefühl der Hilflosigkeit führt.



Wer sich selbst die Ursache für Misserfolge zuschreibt, fühlt sich schnell hilf- und hoffnungslos.

Nehmen wir an, jemand mit einem »depressiven« Attributionsstil verliert einen Schlüssel. Die Person sucht die Schuld bei sich selbst (internal), hält sich vor, immer wieder Dinge zu verlieren (stabil) und sich selbst allgemein für zu dumm (global), um auf die eigenen Sachen aufzupassen. Diese Erklärungen machen sie hilflos, hoffnungslos und führen zu depressiven Gefühlen.
Nicht-depressive Menschen hingegen erklären sich den Verlust anders. Sie denken, dass ausgerechnet heute dieses Missgeschick passiert ist (instabil), weil man Ärger mit einem Kollegen hatte und somit eigentlich der Kollege mindestens genau so viel Schuld hat (external). Nur wegen des Streits mussten sie sich ja so aufregen, ansonsten sind sie gar nicht so unachtsam (spezifisch). Sie erklären sich Missgeschicke viel flexibler, abhängig von der jeweiligen Situation. Misserfolge werden deshalb auch eher äußeren Ursachen zugeschrieben und nicht der eigenen Person angelastet. Es kommt schon mal vor, dass nicht-depressive Menschen sich selbst die Schuld für Misserfolge geben, jedoch bei Weitem nicht immer.
Viele Studien haben gezeigt, dass Menschen, die sozial isoliert sind oder denen soziale Unterstützung fehlt, eine höhere Vulnerabilität für Depressionen aufweisen. Depressive Menschen haben kleinere und weniger unterstützende soziale Netzwerke, d. h. weniger Kon-


Depressive Menschen erleben weniger soziale Unterstützung und haben wenig Übung im Umgang mit anderen.

takte und weniger enge Freunde. Wiederholt wurde festgestellt, dass depressive Menschen über geringere soziale Fertigkeiten verfügen, also unsicher sind im Umgang mit anderen. In Kombination mit einem negativen Selbstbild kann das zu Irritationen bei anderen führen. Depressive Menschen klagen häufiger, sie hätten wegen ihrer schlechten Stimmung eine negative Ausstrahlung. Sie fühlen sich in sozialen Situationen unsicherer und verlangen, dass andere ihnen mit Sympathie begegnen und sie unterstützen. Dies kann zu Zurückweisungen führen, beispielsweise dazu, dass andere lieber nicht mit ihnen befreundet sein möchten.

Was hilft im Alltag?

Hilfreicher Umgang

Stellvertretende Hoffnung


Versuchen Sie an Ihre Klienten zu glauben!

Betroffene sehen häufig keine Perspektiven. Für sie erscheint vieles sinnlos und leer. Sie müssen das Leben erst wieder neu entdecken. So lange dies noch nicht geht, benötigen sie Menschen an ihrer Seite, die stellvertretend Hoffnung haben, die stellvertretend Sinn im Leben der Klienten sehen. Diese Hoffnung muss nicht immer verbal ausgedrückt werden, aber als professioneller Helfer sollte man sich diese positive Unterstellung der Hoffnung immer wieder aktiv in Erinnerung rufen. Viele Betroffene berichten nach einer schweren Krankheitsphase, dass ihnen geholfen hat, dass jemand an sie geglaubt hat, dass es Menschen in ihrer nächsten Nähe gab, die positive Erwartungen und Hoffnungen in sie gesetzt haben. Deshalb ist eine der wichtigsten therapeutischen Haltungen die der Hoffnung und der bewussten positiven Unterstellung, dass der Klient seinen eigenen Weg finden wird und dass es Auswege aus der Krise gibt.

Geduld

Depressive Menschen haben eine große Schwierigkeit: Sie haben »das Wollen verlernt«. Der Zugang zum eigenen Willen ist verschüttet, sodass einfachste Handlungen und die Bewältigung des Alltags massiv beeinträchtigt sind. Dies kann sogar so weit gehen, dass der Lebenswille gelähmt ist. Für das Umfeld der Betroffenen kann dies sehr frustrierend sein. Manchmal werden Menschen in

einer Depression heftige Vorwürfe gemacht. Dahinter steckt in der Regel die Frage: Kann der Betroffene nicht oder will er nicht? Handelt es sich um Krankheit oder Charakterschwäche? Das Nicht-Wollen-Können ist für Außenstehende nur schwer nachvollziehbar, da für uns eine willensgesteuerte Lebensgestaltung so selbstverständlich ist. Deshalb werden häufig von Familienangehörigen oder Fachkräften Forderungen formuliert, der Betroffene wird gedrängt, sich zu verändern. Insbesondere wenn akute Symptome vorliegen, ist es Menschen mit Depressionen nicht möglich, die Forderungen zu erfüllen. Im Gegenteil, das Nicht-Erfüllen-Können wird zu einem weiteren Misserfolg und kann so zu einer Verstärkung der Symptome führen.


Wollen und Wünschen werden wieder möglich, wenn die akuten Symptome zurückgetreten sind.

Deshalb benötigen Mitarbeitende viel Geduld und eine hohe Sensibilität dafür, was für Betroffene zum jeweiligen Zeitpunkt möglich ist und was nicht. Für welche Themen und Aktivitäten sind Betroffene ansprechbar und aktivierbar?

Im Gespräch: die Aufmerksamkeit auf Konkretes lenken

Viele Menschen mit Depressionen nehmen die Welt durch eine Negativ-Brille wahr, die guten Dinge zählen nicht. Das Glas ist nicht halb voll, sondern halb leer. Die Welt besteht nicht aus Chancen und Möglichkeiten, sondern aus Sorgen, Katastrophen und Gefahren. Alles erscheint mühselig und jede Alltagsanforderung wird zu einem unüberwindlichen Berg. Aus dieser Perspektive können wohlgemeinte, positiv formulierte Anregungen häufig nicht angenommen werden. Ratschläge werden dann von den Betroffenen eher als weitere Tiefschläge empfunden. Sie sehen sie als zusätzlichen Beleg dafür, dass niemand wirklich verstehen kann, wie schlecht es ihnen geht.


Versuchen Sie, Klienten für eine aktive Mitarbeit zu gewinnen, auch wenn es ihnen gerade schlecht geht.

Häufig fällt es Menschen in einer Depression leichter, sich auf konkrete Aufgaben zu konzentrieren oder über eine bestimmte Aktivität zu berichten, als über die allgemeine Befindlichkeit zu sprechen. Die allgemeine Frage »Wie geht es Ihnen heute?« kann dazu verführen, dass der Klient zum wiederholten Male alle Gründe aufzählt, warum es ihm heute so schlecht geht.
Für Gespräche mit depressiven Klienten kann es hilfreich sein, eine Tagesordnung zu erstellen: »Welche Themen haben wir heute zu besprechen?« Die Themen werden gemeinsam gesammelt und für beide Gesprächspartner sichtbar auf einem Blatt notiert. Außer in akuten Krisensituationen kann eine Tagesordnung eine hilfreiche

Struktur für die Besprechungen sein. Sie lenkt das Gespräch auf konkrete Themen und möglicherweise konkrete Pläne, Handlungen oder Berichte von bestimmten Aktivitäten oder Erlebnisse. Dabei sollten möglichst konkrete Ziele und Tätigkeiten vereinbart werden. Das können Aufgaben zur Alltagsbewältigung oder für die Freizeitgestaltung sein. Allerdings sollte die Tagesordnung unbedingt die Bedürfnisse des Klienten berücksichtigen.
Es kann hilfreich sein, dass die Fachkraft ein kurzes Fazit zu jedem Thema zieht. Außerdem ist gut, wenn der Klient am Ende des Gespräches noch einmal die wesentlichen Ergebnisse kurz zusammenfasst.

Ziele und Hindernisse besprechen

Den Weg zum Ziel kann man vergleichen mit einem Bergwanderer, der sich vorgenommen hat, einen Gipfel zu besteigen. Wenn der Bergsteiger morgens hoch motiviert einfach los rennt, ist es eher unwahrscheinlich, dass er den Gipfel erreicht. Er hat das Ziel und das Erreichen des Gipfels vor Augen, aber der Bergwanderer hat mögliche Schwierigkeiten nicht berücksichtigt, z. B. dass er unterwegs hungrig oder durstig wird, dass er einen Sonnenschutz und die richtige Kleidung benötigt. Hat der Wanderer sich erkundigt, wie das Wetter an diesem Tag in den Bergen sein wird? Hat er eine Wanderkarte dabei? Wenn der Wanderer sein Ziel erreichen möchte, ist es sinnvoll, mögliche Hindernisse zu berücksichtigen und darauf vorbereitet zu sein, also einen Rucksack zu packen mit einem Vesper und einer Flasche Wasser. Sonnen-, Regenschutz, eine Wanderkarte etc. mitzunehmen.

Verlieren Sie das Ziel nicht aus den Augen, aber achten Sie auch auf die Hürden, die genommen werden müssen.

Depressive Klienten sind einerseits gut darin, Schwierigkeiten vorherzusehen, andererseits sehen sie oft nur noch Hürden und verlieren dann ihre Ziele aus den Augen. Dies hat zur Folge, dass sie gelähmt sind, sich überfordert fühlen und am liebsten untätig im Bett oder auf dem Sofa bleiben. Sie schaffen es dann nicht mehr, die Motivation aufzubringen, etwas zu unternehmen. Deshalb ist es besonders wichtig, Zugang zu den Zielen von Klienten zu finden und anschließend die Ziele in Verbindung mit möglichen Schwierigkeiten zu bringen. Wenn ein Klient beispielsweise das Ziel formuliert, dass er wieder selbständig in seiner Wohnung leben möchte, so besteht häufig die Schwierigkeit, dass die Miete finanziert, die Wäsche gewaschen, das Essen eingekauft, die Wohnung in Ordnung gehalten werden muss etc.

Durch attraktive und wertgeschätzte Ziele können Klienten gelockt werden, sich wieder Schritt für Schritt zu engagieren. Dabei ist es sinnvoll und vorausschauend, mögliche Schwierigkeiten zu benennen. Es ist aber problematisch, gedanklich bei den Schwierigkeiten haften zu bleiben.
Die Ziele können in den Bereichen Gesundheit, Arbeit, Wohnen, Freizeit, soziale Kontakte oder auch in einem ganz anderen Bereich liegen. Nachdem ein Klient konkrete Ziele in einem Bereich genannt hat, können Ideen und konkrete Schritte zur Zielerreichung besprochen werden. Erst danach werden mögliche auftretende Schwierigkeiten thematisiert.

Lenken Sie die Aufmerksamkeit auf das Hier und Jetzt

Bei den Gesprächen und Begegnungen mit Klienten ist häufig nicht entscheidend, was getan oder geredet wird. Entscheidend ist, wie der Betroffene beteiligt ist. Wenn er eher passiv und grüblerisch wirkt, wenig beteiligt ist, dann ist es sehr wahrscheinlich, dass er wenig von dem miterlebt, was gerade gesprochen oder getan wird. Deshalb ist es wichtig, die Aufmerksamkeit des Klienten zu wecken: »Wo sind Sie gerade in Gedanken? Interessiert Sie das, was wir gerade besprechen, nicht? Ist für Sie zurzeit etwas anderes wichtig?« Es geht darum, den Klienten zu ermutigen, sich zu beteiligen und wenn er ein Anliegen oder ein bestimmtes Interesse hat, dieses aktiv einzubringen. Das kennen wir alle: Am meisten engagieren wir uns, wenn wir ein persönliches Interesse haben. Dies gilt auch für Menschen in einer Depression.

Depressive Kommunikation: Umgang mit Klagen

Die Kommunikation von Menschen mit Depressionen ist häufig geprägt von anhaltendem Klagen.

BEISPIEL

»Ich bin abgeschoben an meinem Arbeitsplatz. Aber ich habe es ja auch nicht anders verdient. Mir geht es so schlecht dort, aber ich habe keine andere Chance. Daran wird sich nichts mehr ändern. Das ist alles so sinnlos, weil es so oder so zu nichts führt …«



Lassen Sie sich nicht von der Hoffnungslosigkeit anstecken.

Ganz oft hört man dieselben Klagen immer wieder. Die Betroffene stecken fest in der eigenen Hilflosigkeit. Als Fachkraft kann man sich von dieser Hoffnungslosigkeit leicht anstecken lassen, vor allem wenn man beginnt, Vorschläge zu machen und mögliche

Schritte empfiehlt. Depressive Klienten fühlen sich dann mitunter herausgefordert, bieten alles auf, um deutlich zu machen, dass wirklich nichts geht und alles sinnlos ist.
Für Fachkräfte kann hilfreich sein, sich daran zu erinnern, dass Klagen ein Ausdruck von Verzweiflung sein können. Es kann notwendig, entlastend und ein echtes Bedürfnis sein, über die Verzweiflung, die Sorgen und negativen Gefühle zu reden. Viele Klienten wollen in diesen Momenten gar keine professionellen Ratschläge oder »Besserwissereien« hören, sie wollen einfach ihr Leid, ihren Ärger und ihre Hilflosigkeit aussprechen. Gleichzeitig ist es sinnvoll, dies zu begrenzen und auf eigene Ressourcen zu verweisen.

BEISPIEL

»Wie ist es Ihnen in der Vergangenheit gelungen, wieder aktiv zu werden? Was haben Sie dann getan?«



Vertrauen Sie auf Veränderung.

Man kann fragen, welche Erwartung der Klient hat oder welche Unterstützung er sich von einem wünscht. Manche Klienten äußern dann, dass sie einfach ihre Sichtweise aussprechen und gehört werden wollen. In der Arbeit mit depressiven Klienten kann es Phasen geben, in denen tatsächlich kaum eine Veränderung möglich ist. Es fühlt sich so an, als ob man niemals weiter kommt – Stillstand – die Zeit bleibt stehen, nichts passiert. Menschen in einer Depression haben in diesen Phasen die Überzeugung, dass dies immer so bleiben wird und sie sich nicht verändern können. Wichtig für Fachkräfte ist, sich zu verdeutlichen, dass diese Überzeugung ein Teil der depressiven Perspektive ist. Phasen des Feststeckens lösen sich wieder auf und das Leben fließt weiter. Veränderungen geschehen allerdings nach den eigenen zeitlichen Rhythmen der Betroffenen.

Wenn Klienten von Ihnen abhängig erscheinen

Manche Klienten idealisieren Mitarbeitende, sobald sie Vertrauen gefasst haben. Sie wollen dann von der Fachkraft Empfehlungen und Unterstützungsangebote, die sie jedoch wenig oder nur in deren Gegenwart umsetzen. Der Mitarbeitende kann sich dabei zunächst sehr wohlfühlen, weil er den Eindruck gewinnt, mit einem kooperativen Klienten zu arbeiten. Wenn jedoch deutlich wird, dass es dem Klienten vor allem um den Kontakt geht, der Kontakt eher bedrängend wird und das Unterstützungsangebot sich als wirkungslos erweist, nehmen Hilflosigkeit und Ärger seitens des Mitarbeiters zu.



Akzeptieren Sie zunächst den Wunsch nach Nähe.

Es ist wichtig, dieses Bindungsbedürfnis und die darüber hinausgehenden Abhängigkeitswünsche des Klienten zu erkennen und zunächst so anzunehmen. Gleichzeitig ist es wichtig, sie zu begrenzen und immer wieder die Verantwortung an die Klienten zurückzugeben.

BEISPIELE

»Was glauben Sie, was jetzt für Sie richtig wäre?«
»Was haben Sie in der Vergangenheit in solchen Situationen getan? Was hat Ihnen da gut getan oder geholfen?«

Medikamentöse Therapie

Zur Behandlung von depressiven Störungen werden seit Jahrzehnten Antidepressiva eingesetzt. Deren Wirksamkeit konnte in verschiedenen Studien nachgewiesen werden. Antidepressiva unterstützen den Körper darin, mit dem Mangel an Botenstoffen besser klarzukommen. Sie helfen nicht nur dabei, die Stimmung aufzuhellen, sondern können alle im Kapitel Vordergrund (siehe S. 83 ff.) genannten Symptome beeinflussen: Durch die Einnahme kann es Betroffenen wieder leichterfallen, sich über Dinge zu freuen, oder sie schaffen es mitunter eher, sich zur Teilnahme am Leben um sie herum zu motivieren. Antidepressiva werden im Rahmen der fachärztlichen Behandlung verordnet. Es gibt verschiedene Wirkstoffe und Substanzklassen. Sie unterscheiden sich vor allem hinsichtlich der erwünschten Wirkungen und möglichen Nebenwirkungen. Je nach Schweregrad der Erkrankung, den vorrangigen Symptomen und der Verträglichkeit werden unterschiedliche Antidepressiva verordnet. Fachkräfte, die ihre Klienten bei der Medikamenteneinnahme unterstützen, finden in dem Ratgeber »Umgang mit Psychopharmaka« von Greve u.a. (2012) leicht verständliche Informationen zur Handhabung, zu unerwünschten Nebenwirkungen und Wechselwirkungen und worauf bei der Einnahme geachtet werden sollte.
Antidepressiva sind nicht bei allen Betroffenen gleich gut wirksam. Die Einnahme von Antidepressiva sollte durch psychosoziale Unterstützungsmaßnahmen oder eine Psychotherapie ergänzt werden. Für Betroffene kann der Hinweis nützlich sein, dass kein Antidepressivum süchtig macht. Wenn Antidepressiva neu angesetzt und eingenommen werden, ist außerdem wichtig zu wissen, dass deren Wirkung erst nach einigen Wochen eintritt.

Suizidprävention: Auf Anzeichen für Selbstmordpläne achten!

Suizid kommt besonders häufig bei Menschen vor, die an einer Depression leiden, etwa 15 bis 20 Prozent der Erkrankten töten sich selbst. Man könnte also sagen, dass eine Depression eine tödliche Erkrankung sein kann. Suizid ist eine ständige Gefahr bei depressiven Störungen. Daher sollten Suizidgedanken oder Suizidversuche kein Tabu sein und die Einschätzung der Suizidgefahr durch professionelle Helfer ist unerlässlich.
Wenn depressive Menschen ihre Suizidgedanken äußern, kann das auch als Hilferuf verstanden werden. Deshalb sollte ein offener Umgang mit Suizidgedanken ⇐ möglich sein. Die Äußerungen sollten als Frühwarnzeichen (PITSCHEL-WALZ u.a. 2003, S. 142) verstanden werden und machen eine Krisenintervention erforderlich.

⇒ Umgang mit suizidalen Krisen siehe S. 236 ff.



Warnzeichen für suizidale Krisen

Menschen, die nicht mehr leben möchten, sprechen vermehrt über ihre Hoffnungslosigkeit, ihren Lebensüberdruss und ihre Suizidgedanken oder -pläne.
Es kommt vor, dass sie sich plötzlich sehr riskant oder selbstzerstörerisch verhalten.
Manche verschenken wichtige persönliche Gegenstände oder beginnen urplötzlich wichtige Angelegenheiten zu regeln.
Bei einigen steigt der Alkohol- oder Drogenkonsum.
Andere ziehen sich von der Familie, Freunden und gewohnten Aktivitäten zurück oder ändern auf sonstige Art ganz unvermittelt ihr Verhalten.
Mitunter identifizieren sich Menschen in einer suizidalen Krise mit Personen, die Suizid begangen haben und sagen Dinge wie »Der hat es geschafft!« oder »Die ist ihre Sorgen los«.



Betroffene mit konkreten Suizidplänen benötigen unverzüglich professionelle Hilfe.

Mitarbeiter sollten keinesfalls die Verantwortung für einen Betroffenen übernehmen und eine Art Überwachung vornehmen, damit er sich nichts antun kann. Sie sollten sich auch nicht scheuen, den Betroffenen in psychiatrische Behandlung bzw. in eine Klinik zu bringen. Mitunter muss vorübergehend eine sichere Situation, z.B. durch einen Klinikaufenthalt, hergestellt werden.
Auch depressive Klienten können Krisenpläne ⇐ nutzen. Frühwarnzeichen für eine depressive Episode sind in der Regel Grübeleien, Rückzug, Apathie, etc. Diese Symptome sind für Betroffene zum Teil schwer zu erkennen, da sie in mehr oder weniger schwerer Ausprägung kontinuierlich unter diesen Symptomen leiden. Menschen mit Depressionen sollten vor allem lernen, sich schnell Unterstützung zu suchen, da es immer schwieriger wird, aktiv zu sein und Unterstützung einzufordern, je weiter die Depression voranschreitet.

⇒ Krisenplan siehe S. 75 ff.

Hilfe zur Selbsthilfe

Psychoedukation: Wissen über die eigene Erkrankung

Informationen darüber, wie depressive Störungen entstehen und wie man ihnen begegnen kann, können betroffenen Menschen helfen, sich von ihrem Gefühl der Ausweglosigkeit und Hilflosigkeit zu befreien und den depressiven Teufelskreis zu durchbrechen.
Die Informationen können in Einzel- oder Gruppengesprächen sowie durch Selbsthilfebücher ⇐ erworben werden. Neben der Selbsthilfe sind Symptome, Erklärungsmodelle, medikamentöse und andere Therapieformen Inhalte der Psychoedukation ⇐.

⇒ Literaturtipps siehe S. 257 ff.
⇒ Psychoedukation siehe S. 78 f.

Positives Erleben fördern

Bei nahezu allen therapeutischen Ansätzen zur Bewältigung depressiver Symptome steht die Vermittlung positiver Erlebnisse und Gefühle im Vordergrund. Gefühle direkt zu beeinflussen und dann auch noch depressive Gefühle, ist ziemlich schwer. Leichter ist dagegen, dem Denken oder Verhalten eine neue Richtung zu geben und die Gefühle indirekt zu verändern. Betroffene können dadurch lernen, Einfluss auf ihre Gefühle zu nehmen. Hilfe zur Selbsthilfe setzt also häufig in den Bereichen Denken und Handeln an.

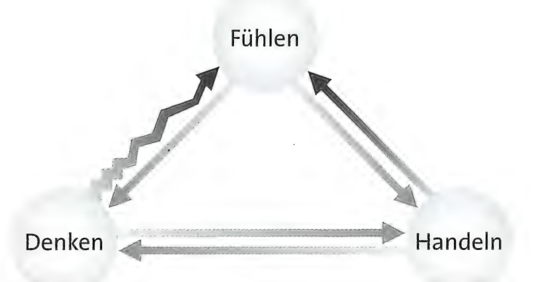


ABBILDUNG 13
Das Fühlen lässt sich leichter über Handeln und Denken beeinflussen



Gut für sich sorgen lernen!
Download
Liste positiver Aktivitäten

Eine gute Möglichkeit für Klienten ist es, eine Liste positiver Aktivitäten zu erstellen, um sich bewusst zu machen, was ihnen guttut. Eine solche Liste bieten wir Ihnen auch an. Die Aktivitäten können dann in einen Wochenplan eingetragen werden. Es sollten vor allem solche sein, die zu ersten Erfolgserlebnissen führen, bei denen leicht eine Stimmungsveränderung spürbar werden kann.
Depressiven Menschen fällt es häufig leichter, etwas mit anderen als Dinge alleine zu unternehmen. Die positiven, d.h. motivierenden Effekte einer Gruppe können in diesem Zusammenhang genutzt werden, beispielsweise indem in Einrichtungen Gruppenangebote depressiven Menschen gezielt vorgeschlagen werden. Im Rahmen stationärer Maßnahmen sind arbeits- oder bewegungstherapeutische Angebote wichtige Möglichkeiten, um depressiven Klienten Zugang zu Ressourcen, Erfolgserlebnissen und positiven Gefühlen zu vermitteln – sie ebnen einen Ausweg aus der Depressionsspirale.
Falls sich Ihre Klienten nicht zu Unternehmungen überwinden können, die ihnen guttun, sollten sie ermutigt werden, ein Experiment zu machen. Sie sollen z.B. überprüfen, ob die Stimmung gleich bleibt, wenn sie das Schwimmbad besuchen, oder ob die Stimmung sich verändert. Diese Stimmungsveränderungen können auch in einem Stimmungstagebuch festgehalten werden.

Umgang mit negativen Gedanken

Negative Gedanken verschlechtern die Stimmung. Grüblerisches Denken ist häufig der Einstieg in eine Depressionsspirale. Es kann selbstabwertend, angstauslösend oder belastend wirken. Negatives Denken verhindert neue und vor allem positive Erfahrungen. Betroffene verschließen sich eher und ziehen sich zurück in ihr Schneckenhaus. Deshalb wurden Möglichkeiten entwickelt, dass Menschen lernen, mit ihrem negativen Denken besser umzugehen.
Der erste Schritt besteht darin, negatives Denken überhaupt bei sich zu bemerken (nach SEGAL u.a. 2002). Fachkräfte sollten ihre Klienten immer wieder zur Selbstbeobachtung anregen. Die folgenden Strategien haben sich als nützlich erwiesen:

Beobachten Sie Ihr Denken: »Aha, ich denke gerade.« Sie werden merken, Gedanken können kommen und gehen wie Wolken am Himmel.
Denken Sie daran: Gedanken, vor allem negative Gedanken über uns und die Welt, sind Ereignisse in unserem Kopf und keine realen Fakten.

Schreiben Sie Ihre Gedanken nieder. Dadurch kann man etwas Abstand gewinnen und sich besser mit den Inhalten auseinandersetzen.
Dabei sollten Sie sich immer wieder darauf besinnen, was in einer Situation die Fakten sind und an welcher Stelle die eigenen Bewertungen, Meinungen und Interpretationen anfangen.



Die Zweispaltentechnik: Finden Sie positive Alternativen.

Der zweite Schritt kann darin bestehen, positive Alternativen oder eine andere Sichtweise zu finden. In der Psychotherapie nennt man das kognitive Umstrukturierung. Auch diese Methode können Sie bei Ihren Klienten anregen.
Zunächst sollten die Klienten den stressverstärkenden negativen Gedanken identifizieren und formulieren können. Er steht dann in der linken Spalte. In die rechte Spalte können alle gelassenheitsfördernden alternativen Gedanken geschrieben werden. Fachkräfte können dabei auch ihre Ideen und Vorschläge einbringen, falls Klienten keine gelassenheitsfördernden Gedanken einfallen. Dabei sollte keine Idee verworfen werden, alle sind zugelassen. Am Ende wird vom Klienten ausgewählt, welcher Gedanke am stimmigsten erscheint. Hier sehen sie ein Beispiel dafür, wie so ein Ergebnis der Zwei-Spalten-Technik aussehen kann.

TABELLE 2

Stressverstärkende Gedanken	Gelassenheitsfördernde Gedanken
z.B. »Ich sollte immer perfekt und vollkommen sein. Deshalb darf ich keine Fehler machen.«	Fehler machen ist menschlich.
	Es ist okay, dass mal etwas schief geht. +
	Ich gebe mir Mühe und mache, was ich kann. +
	Es ist noch kein Meister vom Himmel gefallen.
	Mal sehen, was passiert, wenn ich einen Fehler mache.

Es gibt noch weitere Strategien, die Fachkräfte Ihren Klienten nahelegen können, mit denen sich anhaltendes Grübeln unterbrechen lässt:
Grübelkreisläufe können durch angenehme Aktivitäten unterbrochen werden, z.B. Musik hören, Gespräche mit Freunden oder Sport.

Klienten sollten versuchen, sich auf positive Aspekte des Lebens zu konzentrieren, z. B. auf schöne Erinnerungen oder auf angenehme Erlebnisse in der Gegenwart (siehe Seite 98).
Betroffene sollten versuchen, sowohl Über- als auch Unterforderung zu vermeiden. Es ist hilfreich, wenn sie eigene Ziele und Ideen verwirklichen, die sie interessieren und die ihnen Spaß machen (siehe WEG-Modell Seite 19 ff.).

Tagesstruktur

Menschen mit Depressionen haben häufig Schwierigkeiten mit freier, also unstrukturierter Zeit. Das kann ein Wochenende ohne einen Termin sein oder ein Kurzurlaub, in dem nichts geplant ist. Sie beginnen dann beispielsweise zu grübeln, es will ihnen keine Unternehmung einfallen und wenn doch, können sie sich nicht überwinden, sie auch anzupacken.

⇨ Anregungen finden Sie in der Liste positiver Aktivitäten

Um diesem Gefühl von Leere vorzubeugen, kann es hilfreich sein, einen Tages- oder Wochenplan ⇦ zu erstellen. Der Plan sollte eine Mischung sein aus Aktivitäten zur Alltagsbewältigung (z. B. Zimmer aufräumen, Einkaufen), sozialen Aktivitäten (z. B. einem Telefonat mit einer Freundin, dem Besuch bei einem Bekannten) und positiven, genussvollen Aktivitäten (z. B. DVD ansehen).

Zusammenfassung

Nach Pitschel-Walz (2003) gibt es so etwas wie goldene Regeln, mit deren Hilfe man als Betroffener einer weiteren Depression vorbeugen kann. Fachkräfte, die Menschen mit Depressionen beruflich unterstützen, sollten ihren Klienten bei der Umsetzung zur Seite stehen.



Goldene Regeln um Rückfälle zu vermeiden

- angenehme Aktivitäten im Alltag einplanen;
- in Bewegung bleiben;
- sich selbst etwas Gutes tun;
- Entspannungsverfahren erlernen und in den Alltag einbauen;
- sich fordern, aber nicht überfordern;
- auf die eigenen Gefühle achten;
- Freundschaften pflegen;
- positive Lebenseinstellung gewinnen;
- Problemlösen statt Grübeln;
- auf Warnzeichen achten und rechtzeitig Hilfe in Anspruch nehmen;

- Medikamente regelmäßig einnehmen;
- die Hoffnung bewahren.

Wir kehren noch einmal zurück zu Julia, die wir Ihnen zu Beginn des Kapitels kurz vorgestellt haben.

BEISPIEL

Julia sieht nur noch die negativen Seiten des Lebens und ihre Schwierigkeiten. Sie gerät in einen depressiven Teufelskreis, hat keine Hoffnung mehr für die Zukunft, sodass sie sogar daran denkt, sich das Leben zu nehmen.
Erst durch das Gespräch mit einer Wohnheimmitarbeiterin kann sie ein wenig Hoffnung schöpfen. Julia fühlt sich in ihrer Not verstanden. Die beiden rekapitulieren, wie Julia immer mehr verzweifelte, immer weiter grübelte, nachdem sie an diesem Morgen das pünktliche Aufstehen nicht geschafft hat. Die Mitarbeiterin weist Julia darauf hin, dass es wenig Sinn hat, aus diesem einen Fehler den ganzen Rest ihres Lebens schwarzzumalen. »Es kann immer mal passieren, dass man verschläft oder krank ist und nicht zur Arbeit gehen kann. Wichtig ist nur, dass man anruft und sich frühzeitig entschuldigt.«
Die Mitarbeiterin möchte wissen, ob Julia sich nicht etwas Gutes tun könne und was dies wäre, sodass ihre Stimmung wieder etwas besser werden kann. Julia meint, dass ihr eine Zigarette und ein kleiner Spaziergang helfen könnten.
Die Mitarbeiterin erkundigt sich, ob Julia neben den Suizidgedanken auch konkrete Pläne habe, sich etwas anzutun. Julia verneint dies sehr deutlich und betont, dass es sich vor allem um Gedanken handle. Dennoch bietet ihr die Mitarbeiterin an, einen Termin bei einem Arzt zu vereinbaren. Julia nimmt sich vor, bis zum Nachmittag zu entscheiden, ob sie zum Arzt gehen will. Also verabreden die beiden, sich um 16 Uhr erneut zu treffen.
Julia fühlt sich deutlich besser, nachdem sie geduscht hat und spazieren war. Sie fühlt sich nun auch bereit, mit ihrer Praktikumsstelle zu telefonieren. Sie hat noch etwas mehr Hoffnung geschöpft. »Vielleicht kann ich das Praktikum ja doch noch machen, Lust dazu hätte ich ja schon«, denkt sie. ✕

Bipolare Erkrankungen

Manchmal sind Glück und Verzweiflung zwei Seiten derselben Medaille. So wie die Depression Menschen in den Abgrund reißt, kann ihr Gegenteil – die Manie – sie zu ungeahnten Höhenflügen antreiben. Sie fühlen sich großartig, wenn sie erkranken und erleben meistens nach einiger Zeit den Absturz in die Depression. Etwa 1 bis 2 Prozent der Menschen erkranken im Laufe ihres Lebens an einer bipolaren affektiven Störung.

Erleben eines Betroffenen

BEISPIEL

Wie Bernd sich in einer manischen Phase fühlt, beschreibt er so: »Ich gerate aus meinem inneren Gleichgewicht. Meine Gefühle verselbstständigen sich. Sonst halte ich mich ja eher für einen rationalen Menschen. In meiner Manie habe ich keinen Zugang mehr zu meiner Sachlichkeit. Ich werde euphorisch, habe absolute Hochgefühle. Die Grenzen lösen sich auf. Meine Umwelt sendet Warnsignale, die ich nicht wahrnehmen kann, aber auch nicht wahrhaben will. Meine Familie will mich bremsen. Ich aber lebe in emotional exklusiven Wahnvorstellungen und verfüge über übermenschliche Energien.«
Und die depressive Phase nach Abklingen der akuten Manie? »Ich bin am Boden zerstört, schwer depressiv. Tage und Monate tropfen wie Schwergewichte zu Boden. Ich habe dann den Eindruck, dass Glück ein Gefühl ist, das mir nie wieder zusteht.«



Die Manie zeichnet sich durch eine übermäßig gehobene Stimmung über längere Zeit aus.

Bipolare Erkrankungen gehören zu den affektiven Störungen, das heißt sie betreffen die Stimmung. Wenn die Stimmung in höchstem Maße gehoben ist, wenn Menschen über längere Zeit hinweg extrem energiegeladen, tatkräftig und zuversichtlich sind, ohne dass es dafür einen angemessenen Grund gibt, dann spricht man von einer Manie. Wird entweder eine Manie oder nur eine Depression erlebt, spricht man von einer unipolaren affektiven Störung. Unipolar bedeutet einpolig, bipolar zweipolig.
Bei einer bipolaren Störung treten nicht nur manische Phasen auf. Die gehobene Stimmung geht nach einiger Zeit in eine depressive

Phase mit ebenso ausgeprägter, scheinbar grundloser Niedergeschlagenheit über. Mit der Depression haben wir uns im letzten Kapitel beschäftigt. In diesem Kapitel soll der Schwerpunkt auf der Manie und den Stimmungsschwankungen liegen.

Was wir alle kennen

BEISPIEL

Klaus rennt mit einer Flasche Champagner durchs Büro, umarmt die Kollegen und teilt seiner Chefin mit, dass er das nächste Jahr freinehmen wolle. Dann lädt er alle für denselben Abend zu einer Party im teuersten Club der Stadt ein und stürmt aus dem Büro, um sich im Autohaus die ersehnte Nobelkarosse zu bestellen.

Wenn wir wissen, dass Klaus gerade mehrere Millionen im Lotto gewonnen hat, werden wir ihn wohl nicht für manisch halten und seine Reaktion irgendwie angemessen finden. Extreme Gefühlsreaktionen sind für außergewöhnliche Situationen reserviert. Wir dürfen sie dann ausleben, unsere Begeisterung mit anderen teilen, die ganze Welt oder zumindest zufällige Passanten umarmen und schreien vor Glück. Menschen haben also die Fähigkeit, gefühlsmäßig extrem nach oben oder unten auszuschlagen. Die Manie ist in milderer Form oder zu Beginn der Begeisterung und Euphorie, die wir vermutlich alle kennen, ganz ähnlich und hat viele positive Auswirkungen. Hätten wir nicht die Fähigkeit zur Manie, könnten wir uns nicht begeistern für eine Idee, Energie in eine Sache stecken, andere motivieren, mitreißen und wirklich etwas bewegen auf der Welt. Der Übergang ist wie so oft fließend.
Auf einer Skala von 1 bis 10 kann man sich den Übergang vom positiv erlebten Gefühl zur manischen Störung wie folgt vorstellen:

1. gute Stimmung, Zuversicht;
2. voller Tatendrang, energiegeladen, hoffnungsvoll;
3. grenzenloses Selbstvertrauen, unerschütterlicher Optimismus;
4. extremer Tatendrang, Unruhe, immer größere Pläne;
5. verringertes Schlafbedürfnis, ständige Aktivität, sich Verzetteln;
6. Warnungen anderer werden in den Wind geschlagen;
7. planlose Aktivitäten, starke innere Unruhe;
8. extremes Tempo, alles passiert gleichzeitig, andere sind viel zu langsam;
9. Verärgerung über andere, Misstrauen, kein Schlafbedürfnis mehr;
10. extreme Unruhe, Aggressivität, völlige Selbstüberschätzung.

Depression und Manie sind uns also nicht fremd, sie haben beide einen Bezug zu Stimmungen, die wir aus dem Alltag kennen. Auch extreme Ausprägungen kennen wir in besonderen Situationen, beispielweise grenzenlose Trauer nach dem Verlust eines geliebten Menschen oder extreme Freude wie bei Klaus nach seinem Lottogewinn. Von einer affektiven Erkrankung sprechen wir dann, wenn eben kein nachvollziehbarer Auslöser für die extreme Stimmung erkennbar ist, wenn wir nicht nachvollziehen können, warum der Betreffende tief traurig oder himmelhoch jauchzend reagiert. Wenn der extreme Gefühlszustand dann aber nicht nach einiger Zeit nachlässt – nach Tagen oder manchmal nach Wochen – sondern eine Eigendynamik entwickelt und sich immer mehr zu verstärken scheint, ist dies ebenfalls ein Hinweis auf eine Manie.
Die Gefühle in der Manie und der Depression nehmen Ausmaße und Qualitäten an, die nicht mehr vergleichbar sind mit den euphorischen oder niedergeschlagenen Reaktionen, die jeder im Alltag erlebt. Ein weiterer Unterschied zum gesunden Erleben ist, dass Menschen in der akuten Manie in der Regel keine Distanz mehr zu ihren Gefühlen aufbauen können. Sie wissen nicht, wodurch die Gefühle ausgelöst wurden und rechnen auch nicht damit, dass sie jemals wieder vorbeigehen werden.
Am unteren Ende der Skala ähnelt eine Manie aber einer ganz normalen, zuversichtlichen und aktiven Stimmung, die als sehr positiv erlebt wird. Das macht es sowohl für die Betroffenen als auch für Fachkräfte und Angehörige so schwer, den Beginn einer Manie rechtzeitig zu erkennen, ohne hinter jeder positiven Stimmung, jedem Ausdruck guter Laune gleich Anzeichen einer bevorstehenden Krise zu vermuten.

Informationen zu Bipolaren Störungen

Vordergrund

Zu Beginn dominieren Euphorie und Tatendrang.

Wenn eine Manie beginnt, haben Betroffene oft den Eindruck, alles sei möglich. Ihnen steht scheinbar unbegrenzte Energie zur Verfügung, sie trauen sich alles zu und blicken extrem zuversichtlich in die Zukunft. Zweifel und Einwände anderer erscheinen ihnen kleinlich und unangebracht. Sie sind grenzenlos optimistisch und gehen davon aus, dass ihnen alles gelingen wird.

Ihr Optimismus und ihre Begeisterung kann dabei durchaus ansteckend wirken, andere Menschen mitreißen. Die Betroffenen haben jede Menge Ideen, die sie dank ihres Tatendrangs alle zu realisieren versuchen. Ruhephasen erscheinen den Betroffenen langweilig. In der Manie vergeht die Zeit rasend schnell, der Tag scheint immer zu wenige Stunden zu haben. Bei all ihren Aktivitäten setzen sie allerdings keine Prioritäten, da ihnen alles gleich wichtig erscheint und sie sich alles gleichzeitig zutrauen. Tatsächlich verzetteln sie sich dann oft zwischen vielen begonnenen und unabgeschlossenen Projekten.



Mitunter wirken Menschen in einer Manie eher angetrieben, energiegeladen oder gereizt.

Die Stimmung der Betroffenen wird meistens als gehoben bezeichnet, wobei viele nicht glücklich und zufrieden wirken, eher angetrieben, energiegeladen, mitunter etwas gereizt. Sie sind dann schnell verärgert, wenn sie sich nicht ernst genommen oder in ihrem Tatendrang eingeschränkt fühlen. Auf vermeintliche Bevormundung, Kritik und Reglementierung reagieren die Betroffenen sehr empfindlich und vorwurfsvoll.
Thomas Bock (2005, S. 117) bringt es in folgender Botschaft eines Manikers auf den Punkt: »Ich kann alles, ich bin großartig, niemand hat mir etwas zu sagen und wenn mich die anderen nur lassen, werde ich etwas so Großartiges vollbringen, dass mich alle mögen. Wenn die anderen nur nicht so miesepetrig wären!«

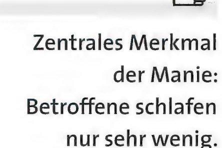


Manie hat fast immer negative Auswirkungen.

Was sich zunächst vielleicht sogar wie ein ganz angenehmer Zustand anhört, kann schnell entgleisen. Die Betroffenen setzen sich immer kühnere und gefährlichere Ziele und fügen sich und anderen bisweilen schweren Schaden zu.
Viele haben sich und ihre Familie in der Manie finanziell ruiniert, beispielsweise indem sie sich durch waghalsige Finanzgeschäfte extrem verschuldet haben. Warnungen werden aus der manischen Stimmung heraus nicht ernst genommen. Auch gesundheitlich schädigen sich die Betroffenen oft erheblich. Sie achten nicht auf ausreichende Ernährung, schlafen viel zu wenig und bringen sich in gefährliche Situationen, da sie keine Angst mehr empfinden. Manche Menschen in einer Manie verlieren sich in schnell wechselnden sexuellen Beziehungen, bei denen ebenfalls keinerlei Vorsichtsmaßnahmen ergriffen werden.
Menschen mit einer affektiven Störung haben häufig ein geringes, leicht zu erschütterndes Selbstbewusstsein. Bei depressiven Klienten ist das einfach nachzuempfinden: Sie sind spürbar verunsichert, trauen sich nur wenig zu und haben ein sehr negatives Bild von sich selbst.

Manische Menschen haben oft ein geringes Selbstbewusstsein – auch wenn es nicht den Anschein hat.

Aber auch in der Manie ist das Selbstbewusstsein nur scheinbar höher. Die Betroffenen erwecken zwar den Eindruck, über grenzenloses Selbstbewusstsein zu verfügen. Tatsächlich sind sie jedoch sehr empfindlich und leicht zu kränken. So können schnell Teufelskreise entstehen: Manische Klienten trumpfen mit ihrem Wissen, ihren Leistungen oder Plänen auf, übertreiben es in vielerlei Hinsichten und überschreiten Grenzen. Bei Fachkräften löst dies häufig den Wunsch aus, den Betroffenen zu disziplinieren und ihn in seine Schranken zu weisen. Die Gefühle auf beiden Seiten können sich schnell wechselseitig aufschaukeln. Verärgerte Fachkräfte versuchen, den Betroffenen von seinem hohen Ross herunter zu holen. Dies geschieht häufig gar nicht einmal in böser Absicht, sondern aus gut gemeinter Sorge. Der manische Klient erlebt das als Kränkung, als unzulässige Beschneidung seiner Freiheit und reagiert mit noch stärkeren manischen Symptomen. Manische Klienten sind oft überzeugt, besondere Fähigkeiten zu haben, beispielsweise die Sprache der Engel entschlüsseln zu können oder einem Geheimnis auf der Spur zu sein, das hinter allem steckt. Wenn sie merken, dass Angehörige oder Fachkräfte diese besonderen Fähigkeiten bezweifeln, reagieren sie herablassend, oft aber auch wütend und gekränkt. Dieser besondere Stress verstärkt die manische Symptomatik zusätzlich.
Auch die Gedankenkreisläufe der Betroffenen können eine ungünstige Dynamik entwickeln. Während Menschen in einer depressiven Phase eher in eine negative Gedankenspirale der Selbstabwertung geraten, können sich in der Manie die Selbstaufwertungen zu unrealistischen Gedankengebäuden aufschaukeln. Gedanken wie: »Ich bin großartig«, »Mir wird alles gelingen« oder »Andere sind nur neidisch« führen dazu, dass Warnungen und Hinweise anderer von den Klienten nicht mehr ernst genommen werden.



Zentrales Merkmal der Manie: Betroffene schlafen nur sehr wenig.

Depression und Manie sind in mancher Hinsicht zwei Seiten derselben Medaille. Deutlich wird das beispielsweise bei den Auswirkungen auf den Schlaf. Während in der Depression das Schlafbedürfnis erhöht ist und viele Betroffene am liebsten nur noch im Bett liegen würden, ist das Schlafbedürfnis in der Manie sehr stark reduziert. Manische Klienten spüren trotz Schlafmangels keine Müdigkeit und betrachten Schlaf daher als eine eher unwichtige Nebensache, als Zeitverschwendung, die zugunsten wichtigerer Aufgaben vernachlässigt werden kann. Bei vielen psychischen Erkrankungen ist eine Störung des Schlafs zu beobachten, bei der Manie ist das verringerte Schlafbedürfnis ein Kernsymptom. Neben den Schlafstörungen sind auch die Veränderungen im Zeiterleben kennzeichnend für Depression und Manie. In der Depression scheint die Zeit quälend langsam zu vergehen, während sie in der Manie geradezu rast. Stunden vergehen in der Depression langsam wie Tage, in der Manie schnell wie Sekunden. Die Depression erscheint ewig, die Manie zeitlos. Deshalb ist es in beiden Phasen wichtig, feste Rhythmen einzuhalten und auf eine regelmäßige Tagesstruktur zu achten.

Die Störungen im Zeiterleben, im täglichen Rhythmus können durch äußere Einflüsse noch verstärkt werden. Soziale Faktoren beeinflussen unseren Tagesablauf stark, geben sozusagen unseren Takt vor: Wir stehen auf, um zur Arbeit zu gehen, machen Pausen mit den Kollegen, erholen uns am Wochenende. Wir essen gemeinsam mit der Familie oder gehen zu ähnlichen Zeiten ins Bett wie der Partner. Veränderungen unserer sozialen Bezüge, beispielsweise der Verlust des Arbeitsplatzes oder eine Trennung, können zu erheblichen Verschiebungen unserer Rhythmen und zeitlichen Strukturen führen. Plötzlich fehlen uns die Taktgeber. Bei Personen mit entsprechender Veranlagung kann das den Übergang in eine Manie beschleunigen.
Manien können noch weiteren Rhythmen unterliegen. Oft sind sie beispielsweise jahreszeitlich bedingt. Manche Menschen sind immer im Frühjahr oder Sommer gefährdet, erneut manisch zu werden. Bei anderen sind Spannungen in der Partnerschaft oder Streit am Arbeitsplatz immer mit der Gefahr verbunden, in eine manische Krise zu geraten.

Diagnostik und Häufigkeit

Es ist schwer zu sagen, wie häufig bipolare affektive Störungen eigentlich auftreten. Das hat mehrere Gründe. Zum einen wurden die Diagnosekriterien immer wieder verändert, was insgesamt dazu führte, dass bipolare Störungen heute häufiger diagnostiziert werden als früher und auch leichtere Verlaufsformen die Diagnosekriterien erfüllen. Dies bedeutet, dass heute bei Menschen eine Bipolare Störung diagnostiziert wird, die vor zwanzig Jahren mit den gleichen Beschwerden diese Diagnose nicht bekommen hätten.

ICD siehe S. 57

Zum anderen suchen Menschen eher in einer depressiven Phase ärztliche Hilfe und werden dann oft als unipolar depressiv diagnostiziert. Wenn man genauer hinschaut, stellt man bei 27 bis 45 Prozent der depressiven Patienten fest, dass sie eigentlich eine bi-

polare Störung haben, also auch manische Phasen erleben (MEYER 2005).
Man kann davon ausgehen, dass etwa 4 Prozent der Bevölkerung einmal oder öfter im Laufe ihres Lebens an einer bipolaren affektiven Störung erkranken. Frauen und Männer sind von bipolaren Erkrankungen etwa gleich häufig betroffen, während unipolare Depressionen öfter bei Frauen auftreten.
Wenn sich manische und depressive Episoden abwechseln, spricht man von einer bipolaren Störung. Man unterscheidet dabei noch zwei verschiedene Formen der bipolaren Störung, die beide etwa gleich häufig vorkommen und beide gut behandelbar sind. Wenn sowohl die depressiven Phasen als auch die manischen Phasen voll ausgeprägt sind, spricht man von einer Bipolar I Störung. Es gibt aber auch Verlaufsformen, bei denen zwar die depressiven Phasen voll ausgeprägt sind, die manischen Phasen aber nur in abgeschwächter Form auftreten. Dann spricht man von einer Bipolar II Störung. Die abgeschwächten manischen Phasen bezeichnet man auch als Hypomanie. Die Betroffenen erleben sich in einer hypomanischen Phase oft gar nicht als krank, sondern haben den Eindruck, gut drauf zu sein. Es ist oft schwer für Betroffene und Fachkräfte, diese hypomanischen Phasen als Vorboten einer sich anbahnenden depressiven Krise bei einer Bipolar II Störung richtig zu erkennen.

☞ Bei affektiven Störungen gibt es fast immer Lebensphasen ohne Beschwerden.

Gemeinsam ist allen affektiven Störungen, dass zwischen den depressiven oder manischen Erkrankungsphasen meistens längere Intervalle ohne Symptome erlebt werden, in denen die Betroffenen sich relativ gut fühlen und auch Fachkräfte oder Angehörige kaum Auswirkungen der Erkrankung mehr an ihnen wahrnehmen. Der Wechsel zwischen manischen, depressiven und störungsfreien Phasen kann unterschiedlich schnell erfolgen und die Phasen können unterschiedlich lang sein. Wenn innerhalb eines Jahres vier oder mehr bipolare Episoden erlebt werden, spricht man von Rapid Cycling, also von schnellem Wechsel. Dies trifft auf etwa ein Fünftel der Betroffenen zu.
Damit eine Manie diagnostiziert werden kann, müssen mindestens drei der folgenden Symptome erfüllt sein:

- **Vermindertes Schlafbedürfnis:** die Betroffenen werden kaum noch müde, klagen aber auch nicht über Schlaflosigkeit, da sie kein Bedürfnis verspüren, zu schlafen.
- **Aktivitätssteigerung:** Menschen in manischen Phasen verfolgen viele Projekte gleichzeitig, interessieren und begeistern sich ständig für neue Dinge und sind pausenlos in Aktion. Phasen der Ruhe und Erholung gibt es kaum noch.
- **Rededrang:** Manische Klienten sind meistens sehr kontaktfreudig, wobei der Kontakt recht einseitig verläuft: Die Klienten haben einen ausgeprägten Rededrang, erzählen ohne Unterlass, springen von Thema zu Thema, gehen aber kaum auf Erwiderungen ihres Gesprächspartners ein. Ein normaler Dialog ist kaum möglich. Auch Klienten, die eigentlich eher ruhig und schweigsam sind, haben in der Manie plötzlich ein gesteigertes Mitteilungsbedürfnis.
- **Gesteigertes Selbstwertgefühl oder Größenideen:** Ängste und Selbstzweifel sind in der Manie wie weggeblasen. Die Betroffenen verfügen über ein unerschütterliches Selbstbewusstsein und trauen sich fast alles zu. Darüber hinaus sind sie oft davon überzeugt, ganz besondere Fähigkeiten und Talente zu haben, beispielsweise geheime Botschaften entschlüsseln zu können, die Welt retten zu müssen oder in Kontakt mit höheren Wesen zu stehen.
- **Eingeschränktes Urteilsvermögen:** Manische Klienten können Risiken nicht mehr richtig einschätzen. Sie spüren keine Ängste, kennen keine Zweifel und gehen immer davon aus, dass alles schon gut gehen wird. Deswegen begeben sie sich in gefährliche Situationen, treffen riskante Entscheidungen und können generell die Folgen ihres Handelns kaum abschätzen.
- **Gedankenrasen oder Ideenflucht:** Das Verhalten der Betroffenen ist oft völlig spontan und sprunghaft. Sie haben zwar Pläne, geben diese aber oft zugunsten neuer Ideen plötzlich auf. Im Gespräch wechseln sie häufig das Thema, sie können kaum einen Gedanken zu Ende bringen und wirken mitunter gedanklich zerfahren und haben keinen »roten Faden«.
- **Psychotische Symptome:** Es können wahnhafte Überzeugungen auftreten (beispielsweise von Gott gesandt worden zu sein), mitunter auch Halluzinationen, beispielsweise Stimmenhören.

Hintergründe

Verschiedene Modelle versuchen die Entstehung bipolarer Erkrankungen zu erklären. Es leuchtet völlig ein, dass eine Erkrankung mit so unterschiedlichen Phasen sich nicht auf eine einfache Ursache zurückführen lässt. Man nimmt wie bei den meisten psychischen Erkrankungen an, dass genetische, biologische und psychosoziale Ursachen zusammenwirken.

Eine genetische Veranlagung gilt als sicher, sie ist aber nicht alleinige Ursache bipolarer Störungen.

Die genetische Veranlagung scheint bei bipolaren Erkrankungen höher ausgeprägt zu sein als bei unipolaren. Vererbt wird vermutlich eine gewisse Veranlagung, auf Belastungen mit einer raschen Destabilisierung biologischer Rhythmen zu reagieren und so gewissermaßen leicht aus dem Takt zu geraten. Für eine genetische Veranlagung spricht, dass Betroffene meist noch recht jung sind, wenn die Erkrankung das erste Mal auftritt. Das Ersterkrankungsalter liegt zwischen 18 (Bipolar I) und 23 Jahren (Bipolar II). Kinder von Betroffenen erkranken mit einer zehnmal größeren Wahrscheinlichkeit an einer bipolaren Störung als Menschen ohne betroffene Verwandte. Es gibt aber kein Gen für Bipolarität. Man vermutet einmal mehr komplizierte Wechselwirkungen zwischen Genen und Umwelteinflüssen, und es ist klar, dass die Störung nicht ausschließlich durch genetische Faktoren verursacht wird.

Mögliche Ursachen im Gehirn: unzuverlässige innere Taktgeber und Übererregbarkeit.

Einige Forscher vermuten, dass in veränderten Hirnstrukturen biologische Ursachen liegen könnten. Ein wesentliches Symptom der Manie ist die Störung des Schlafs und die Veränderung des Zeiterlebens. Im Gehirn gibt es Strukturen, die für die Steuerung biologischer Rhythmen zuständig sind und unser Zeiterleben beeinflussen, sogenannte innere Taktgeber. Es konnte nachgewiesen werden, dass Menschen mit bipolaren Erkrankungen häufig Veränderungen in genau diesen Hirnstrukturen aufweisen. Ihre inneren Taktgeber scheinen nicht zuverlässig zu funktionieren, die Zeiger ihrer inneren Uhr fangen plötzlich an zu rasen oder bewegen sich in depressiven Phasen langsamer, der innere Rhythmus geht verloren.

Eine andere biologische Erklärung der Manie könnte in einer nachweisbaren Übererregbarkeit der Betroffenen zu suchen sein. Menschen mit einer Veranlagung zu einer bipolaren Störung reagieren schneller und stärker als Gesunde mit der Ausschüttung von Stresshormonen und brauchen länger, um diese wieder abzubauen. Grundsätzlich können daher bei entsprechend vulnerablen Personen alle Lebensereignisse, die zu einer Verschiebung biologischer Rhythmen und zu einer Ausschüttung von Stresshormonen führen, eine Manie auslösen, auch positive Ereignisse.

Menschen mit einer bipolaren Erkrankung neigen oft zu Kompromisslosigkeit und Schubladendenken.

Psychologische Erklärungsmodelle suchen die Ursache einer bipolaren Störung eher in der Art, wie Betroffene ihren Alltag erleben und bewerten. Es gibt Hinweise darauf, dass bipolare Persönlichkeiten auch außerhalb akuter Krankheitsphasen gewissermaßen zwischen den Extremen schwanken. Sie neigen zu Schwarz-Weiß-Denken. Ereignisse und Personen bewerten sie entweder negativ oder positiv, niemals aber beides zugleich. In ihren Einschätzungen gibt es häufig nur ein »Entweder-Oder« und kaum einmal ein »Sowohl-als-auch«. Der goldene Mittelweg, die gemäßigte Einschätzung, der Kompromiss - das alles erscheint bipolaren Persönlichkeiten wenig attraktiv, sie neigen zu extremen Einschätzungen. Widersprüche auszuhalten fällt ihnen schwer, beispielsweise dass eine Person sowohl positive als auch negative Eigenschaften haben kann. Betroffene finden andere entweder toll oder sie können sie nicht leiden.

Die Tendenz zu extremen, wenig gemäßigten Einstellungen und Einschätzungen führt dazu, dass die Betroffenen im Alltag häufiger emotional reagieren und seltener rational. Sie begeistern sich für etwas vorbehaltlos, lehnen etwas vollkommen ab, regen sich auf oder sind enttäuscht. In Verbindung mit der leichten Erregbarkeit und der Störbarkeit biologischer Rhythmen kann dies dazu führen, dass die Betroffenen aus dem Takt geraten und sich eine Manie entwickelt. Generell ist es für Menschen mit bipolaren Störungen schwerer, die eigene Mitte zu finden.

Ein anderes psychologisches Erklärungsmodell (KUHL & KARZÉN 1997) nimmt an, dass Menschen mit bipolaren Störungen besonders bemüht sind, soziale Rollen zu erfüllen und den Erwartungen anderer zu entsprechen. Sie wollen beispielsweise eine besonders gute Mutter, die perfekte Sekretärin oder der loyalste Freund sein. Kleine Fehler bewerten sie als Katastrophe. Sie können es sich nicht verzeihen, wenn sie nicht perfekt sind. Dadurch stehen sie unter enormem Druck, stellen hohe Anforderungen an sich selbst und sind dann auch noch meistens unzufrieden mit sich. Einen Ausbruch aus diesem Teufelskreis erlauben sie sich nur in der Manie, in der sie sich dann im Gegenzug völlig unkritisch positiv sehen.

BEISPIEL

Sebastian ist immer der Letzte, der das Büro verlässt. Der Controller überprüft jeden Tag mehrfach, ob er auch alles richtig gemacht hat. Abends nach Feierabend kann er dann nur schwer abschalten, weil er in Gedanken noch mal alles durchgeht. Wenn er sich nicht sicher ist, ob er nicht doch einen Fehler gemacht hat, beunruhigt ihn das stark. Oft ruft er dann eine Kollegin an, der es ähnlich geht, und sie diskutieren noch einmal die Arbeitssituation. In solchen Nächten kann Sebastian meist nicht schlafen und ist am nächsten Morgen froh, früh ins Büro gehen zu können, um endlich zu überprüfen, ob er einen Fehler gemacht hat oder nicht. Sebastian wünscht sich eigentlich eine Freundin, aber ihm fehlt die Zeit, sich darum zu kümmern. Außerdem nimmt er an, einer Frau nicht

genug bieten zu können. Nur manchmal wird er plötzlich lockerer, verbringt den Arbeitstag lieber im Straßencafé als im Büro und flirtet mit Frauen. Auf die erboste telefonische Nachfrage seiner Chefin, wo er denn bleibe, reagiert er charmant und lädt sie ein, doch ebenfalls ins Café zu kommen, die Sonne scheine so schön und er wolle ihr gerne ein Eis ausgeben. Dass die Chefin ihm mit einer Abmahnung droht, sieht er entspannt. Er fühlt sich sowieso unersetzlich und die Chefin hat vermutlich nur mal wieder einen schlechten Tag. ✖



In manchen Fällen ist die Manie eine Flucht vor überhöhten Ansprüchen an sich selbst.

Da die Manie also gerade ein Ausbruch aus einem zu engen Korsett von Normen und Pflichten ist, das die Betroffenen sich oft selbst auferlegt haben, reagieren sie mitunter sehr empfindlich auf Disziplinierungsversuche anderer. Ein Mangel an Disziplin und Pflichtbewusstsein ist dann ja gerade nicht das Problem manischer Persönlichkeiten, sondern eher eine der Ursachen für ihr Ausbrechen in die Manie. Aufgabe von Fachkräften ist es vielmehr, mit den Betroffenen eine gemäßigtere, auf die Mitte hin ausgerichtete Haltung im Alltag zu erarbeiten. Die Betroffenen sollen lernen, sich ein »Sowohl-als-auch« zu erlauben.

Was hilft im Alltag?

Hilfe durch Medikamente



Medikamente spielen eine zentrale Rolle in der Behandlung.

Die medikamentöse Therapie spielt bei bipolaren Störungen eine zentrale Rolle. Außer Antidepressiva gegen die depressiven Phasen werden häufig sogenannte Phasenprophylaktika eingesetzt, z. B. Lithium. Sie tragen dazu bei, extreme Stimmungsschwankungen abzumildern und biologische Rhythmen zu stabilisieren. Es ist wichtig, die Medikamente rechtzeitig und regelmäßig einzunehmen, um einer manischen Entgleisung entgegenzuwirken. Vor allem wenn sich das Schlafbedürfnis plötzlich ändert, muss schnell und konsequent in Absprache mit der Ärztin auch medikamentös gegengesteuert werden. Betroffene sollten lernen, eine rasche Anpassung der Medikation bei Frühwarnzeichen auch als Selbststeuerungsinstrument einzusetzen.

Mit Medikamenten allein lässt sich die Erkrankung allerdings nicht bewältigen. Betroffene können durch Beachtung ihrer Frühwarnzeichen, durch rechtzeitiges Gegensteuern und durch Einhaltung fester Rhythmen und zeitlicher Strukturen viel für ihre Krankheitsbewältigung tun. Und Fachkräfte können ihre Klienten dabei unterstützen, ihre Mitte zu finden und so einen sicheren Abstand von den Extremen der Manie und der Depression einzuhalten.

Hilfreicher Umgang



Fachkräfte können ihre Klienten unterstützen, indem sie das Lohnende der Mitte immer wieder darlegen.

Geregelte Abläufe, gleichmäßige Rhythmen, ausreichender Schlaf und ausgewogene Anforderungen können vor der Entgleisung in die Manie schützen. Doch viele Menschen, vor allem mit bipolaren Erkrankungen, setzen den Bereich der Mitte, der Regelmäßigkeit und Ausgewogenheit mit Langeweile gleich. In stabilen Phasen haben Menschen mit bipolaren Erkrankungen manchmal das Gefühl, ihr Potenzial nicht wirklich auszuschöpfen, nicht genug aus sich und ihrem Leben zu machen. Sie haben den Eindruck, nur in der Manie ihre Möglichkeiten wirklich zu nutzen. In der Manie haben sie eine extreme Belastbarkeit kennengelernt, enorm viel in kürzester Zeit erledigen können und wenig Schlaf benötigt. Sich mit einem geringeren Arbeitspensum zufriedenzugeben und ausreichend Zeit für Schlaf einzuplanen, fällt ihnen schwer. Fachkräfte sollten daher mit ihrem Klienten daran arbeiten, ein gemäßigtes Haushalten mit den eigenen Kräften als positiven, erstrebenswerten Zielzustand zu bewerten. Wenn es immer nur darum geht, Krisen und manische Episoden zu vermeiden, so ist dies für die Betroffenen auf Dauer wenig erstrebenswert und motivierend. Wenn die eigene Mitte dagegen mit positiven Gefühlen wie Ausgeglichenheit, Leichtigkeit, Lebensfreude und Zuversicht verbunden wird, erscheint sie als erstrebenswertes Ziel.

BEISPIEL

Der Psychiatrieerfahrene Rainer Höflacher formuliert es so: »Für einen psychisch leidenden Menschen ist seelisches Gleichgewicht ein enorm hoher, wenn nicht der höchste Wert. Wer weiß, wie ungeheuer schwierig es sein kann, zwischen Hoch und Tief, zwischen Euphorie und Trauer, zwischen Manie und Depression auszubalancieren? Wer weiß, wie machtlos man sein kann, wenn sich die erneute Manie ankündigt und einen hemmungslos mitreißt? Oder wenn da kein Halt mehr ist und die Depression einen unbarmherzig in die Tiefe zieht. Ich sehe in dem Streben nach Stabilität, nach Ausgeglichenheit, nach seelischem Gleichgewicht kein engstirniges, kleinbürgerliches Anliegen, sondern einen Ausdruck der Selbsterhaltung und des Bedürfnisses nach Gesundheit.« ✖

Die eigene Mitte kann man als den Zustand definieren, in dem man sich im Gleichgewicht fühlt. Diesen Zustand können Betroffene unter anderem an folgenden Punkten erkennen:

- Man fühlt sich sicher.
- Der Zustand verbraucht weniger Energie als die Manie.
- Die Gefühle sind angenehmer, weniger extrem.
- Das Erleben ist vollständiger: Auch negative Gefühle werden wahrgenommen, nicht nur positive.
- Man ist mehr bei sich und spürt eine innere Ruhe.
- Man verschätzt sich nicht so oft, macht weniger Fehler und vergisst nicht so vieles, sondern kann Dinge abschließen.



Ermuntern Sie Ihre Klienten zur Nachsicht!

Zu einem Leben im Gleichgewicht gehört auch ein nachsichtiger Umgang, vor allem mit sich selbst, aber auch mit anderen. Dabei können Fachkräfte unterstützen. Menschen mit bipolaren Störungen neigen oft auch außerhalb akuter Phasen zu extremen Sichtweisen und Bewertungen. Sie stellen hohe Ansprüche an sich und bewerten die eigenen Leistungen, gemessen an diesen Ansprüchen, oft als negativ. Sie sehen sich sehr kritisch und treiben sich selbst zu immer noch besseren Leistungen an. So können Sie Ihre Klienten zur Milde mit sich selbst ermutigen:

BEISPIELE

»Man muss nicht immer 100 Prozent Qualität abliefern, meistens reichen auch 80 Prozent.«
»Fehler passieren jedem mal, erst letzte Woche ist mir genau dasselbe passiert wie Ihnen«
»Man sollte sich seine Schwächen verzeihen können, sie sind oft die Kehrseite der Stärken, die man hat.«

Gerade wenn Fachkräfte eigene Fehler und Schwächen eingestehen, wird die Botschaft, dass niemand perfekt ist, um einiges glaubwürdiger. Klienten erleben dann, dass Schwächen ganz selbstverständlich zum Selbstbild gehören können.



Befürworten Sie, dass Ihre Klienten auch einmal Nein sagen!

Manche Klienten mit bipolaren Erkrankungen benötigen Unterstützung dabei, ihre eigene Meinung zu vertreten, auch einmal zu widersprechen und nicht alle Regeln, Normen und Anforderungen mehr als vollständig erfüllen zu wollen. Wenn Widerstand gegen äußere Vorgaben gelingt und die etwas verwegene, großzügige Seite eines Menschen auch im Alltag ausgelebt werden kann, müssen sie nicht mehr in die Manie »flüchten«. Kurz gesagt:

BEISPIEL

Wenn Sebastian auch mal früher Feierabend macht und sich ins Eiscafé setzt, obwohl er gerade nicht manisch ist, wird ihm das langfristig helfen, im Gleichgewicht zu bleiben. Und seine Chefin sollte nicht verärgert und enttäuscht reagieren, wenn er nicht mehr bereit ist, für eine Zusatzaufgabe selbstverständlich länger zu arbeiten, sondern sie sollte dies als Schritt hin zu einer langfristigen Stabilisierung sehen.

Bipolare Klienten haben oft Seiten, die sie nur in der Manie ausleben, die außerhalb akuter Phasen aber von ihnen unterdrückt werden und im Alltag kaum an ihnen wahrgenommen werden. Fachkräfte sollten ihre Klienten dabei unterstützen, diese Seiten nicht für die Manie »aufzusparen«, sondern sie in abgeschwächter Form in ihren Alltag zu integrieren. So können Klienten auch die Erfahrung machen, dass sie liebenswert und in Ordnung sind, auch wenn sie Seiten von sich zeigen, die sie selbst als nicht perfekt erleben. Auf diese Weise kann es gelingen, die Manie langfristig entbehrlich zu machen.
Beim Umgang mit Klienten in einer Manie ist es für Fachkräfte wichtig, sich die eigenen Emotionen bewusst zu machen und nicht nur »aus dem Bauch heraus« zu agieren. Menschen bewegen sich in der Manie in extremen Gefühlszuständen. Die Gefühle können schnell auf einen selbst überspringen und sich aufschaukeln. So ist die Begegnung mit einem manischen Klienten auch für die Fachkräfte immer eine sehr emotionale Angelegenheit. Gar nicht selten bekommen sie es mit der Angst zu tun: Angst vor der enormen Kraft und Energie der Klienten in der Manie, die in extremen Formen auch mit Aggression und Rücksichtslosigkeit sowie Gefahr für den Klienten oder andere verbunden sein kann. Und Angst vor der eigenen emotionalen Reaktion auf die Manie.



Versuchen Sie einen kühlen Kopf zu bewahren.

Meistens entsteht in Fachkräften schnell der Wunsch, die Manie auf alle Fälle zu begrenzen, einzudämmen und klein zu halten, um ihre enorme Kraft unter Kontrolle zu bekommen und Schlimmeres zu verhindern. Dieser durchaus nachvollziehbare Impuls führt aber bei den Klienten schnell zu einer Gegenbewegung: Sie sind besonders empfindsam für Beschneidungen ihrer persönlichen Freiheit und reagieren mit Abwehr, Aggression und einer Verstärkung der manischen Symptomatik, wenn sie sich eingeschränkt, abgewertet und nicht ernst genommen fühlen. So kann ein Teufelskreis gegenseitigen Aufschaukelns entstehen, der letztlich oft in Zwangsmaßnahmen endet. Fachkräfte erleben sich dem manischen Klienten gegenüber schnell als hilflos und sind versucht, durch drastische Maßnahmen die eigene Hilflosigkeit zu überwinden, wieder Einfluss zu gewinnen:

BEISPIEL »Der kann sich doch nicht alles erlauben, das lassen wir uns jetzt nicht mehr gefallen!«

Die ungünstige Dynamik wird weiter befeuert: Der Klient erlebt sich nun seinerseits als hilflos und versucht, durch Auftrumpfen, Grenzüberschreitungen, Aggression und Machtdemonstrationen seinen Handlungsspielraum wieder zu erweitern. Deshalb müssen Fachkräfte, die Klienten dabei unterstützen wollen, die eigene Mitte zu finden, auch selbst in ihrer Mitte ruhen. Aggressive Handlungen des Klienten sind häufig Teil der Erkrankung und sollten nicht als persönliche Kränkung verstanden werden.
Manchmal sind Zwangsmaßnahmen bei manischen Klienten nicht zu verhindern, um sie letztlich davor zu schützen, sich selbst oder anderen in der Manie großen Schaden zuzufügen. Die Existenzsicherung hat Vorrang und eine Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik auch gegen den Willen der Klienten kann notwendig werden. Erst wenn sichergestellt ist, dass Klienten ausreichend schlafen, genügend essen und trinken und sich finanziell nicht ruinieren, können auch alle anderen Bedürfnisse wieder erfüllt werden. Hilfreich ist es, wenn Klienten einen gesetzlichen Betreuer haben, der in solchen Phasen stellvertretend für sie handeln, eine Klinikeinweisung veranlassen oder die Konten sperren lassen kann. Selbstverständlich müssen Fachkräfte mit dem gesetzlichen Betreuer eng zusammenarbeiten. Viele Menschen, die manische Phasen durchlebt haben, sind froh über eine gesetzliche Betreuung, da sie dadurch nicht mehr Gefahr laufen, sich und ihre Familie in Krisenzeiten finanziell zu ruinieren, und sich geschützt fühlen. Fachkräfte sollten die Einrichtung einer Betreuung mit dem Klienten in stabilen Zeiten besprechen. Häufig sind Zwangsmaßnahmen aber überflüssig, wenn Fachkräfte rechtzeitig bei einer beginnenden Manie besonnen reagieren und gemeinsam mit den Klienten gegen die manische Entgleisung kämpfen.
Alle Möglichkeiten, wie Sie Ihre Klienten beim Auftreten von Frühwarnzeichen unterstützen können, sind hier noch einmal zusammengefasst:

- Aussagen und Vorgaben sollten nüchtern und klar formuliert sein. Wenn den Klienten dabei aber zumindest kleine Spielräume für eigene Entscheidungen bleiben, erleben sie sich nicht vollständig entmachtet.
- Beziehen Sie selbst klar Position, aber nehmen Sie dem Klienten nicht zu viel oder gar jegliche Verantwortung ab.
  So können Klienten ihre Autonomie wahren.

BEISPIELE »Es ist wichtig, dass Sie nicht zu viel Zeit im Internet oder vor dem Fernseher verbringen. Ich denke, mehr als zwei Stunden täglich sollten es nicht sein. Möchten Sie in dieser Zeit lieber Fernsehen oder im Internet surfen?«
»Sie haben erzählt, dass Sie schon seit einer Woche Warnzeichen einer Manie an sich wahrnehmen. Am Samstag wollen Sie auf eine Party gehen, das ist Ihnen wichtig, obwohl ich eher abraten würde. Welche Vorkehrungen können Sie treffen, damit sie nicht zu spät zurückkommen und auf keinen Fall zu viel Alkohol trinken?«

- Versuchen Sie, nicht persönlich gekränkt zu reagieren, wenn Klienten etwas Verletzendes sagen. Bleiben Sie souverän und führen Sie sich vor Augen, dass diese Phase auch wieder vorbeigehen wird.
- Lassen Sie sich nicht von den Emotionen der Klienten mitreißen und beantworten Sie Aggression keinesfalls mit Gegenaggression. Versuchen Sie stattdessen selbst unerschütterlich in der eigenen Mitte zu ruhen und bieten Sie so Ihren Klienten Halt und Orientierung.
- Achten Sie darauf, dass gleichmäßige Rhythmen wieder etabliert werden. Suchen Sie für die Prophylaxe in stabilen Phasen gemeinsam mit Ihren Klienten nach typischen Auslösern für Störungen und Unterbrechungen im täglichen Rhythmus. Beispiele dafür können Wochenenden sein, ein Urlaub, die Abwesenheit des Partners oder der Familie, extremer TV-Konsum bei Sportgroßereignissen oder Ähnliches. So kann es sinnvoll sein, sich auch am Wochenende oder im Urlaub feste Termine vorzunehmen, z. B. Spaziergänge mit einem Bekannten oder der Besuch eines Gottesdienstes. Und mit fußballbegeisterten Klienten kann man beispielsweise vereinbaren, dass sie während der WM später zur Arbeit kommen, aber keinesfalls ganz zu Hause bleiben sollten.
- Gerade in der Manie reagieren Klienten äußerst sensibel auf Kränkungen. Die Verärgerung darüber heizt die Manie zusätzlich an. Ein respektvoller, wertschätzender Umgang ist darum sehr wichtig. Sie bleiben authentisch und glaubwürdig, wenn Sie auch in manischen Phasen die positiven Eigenschaften der Klienten sehen und würdigen können.

BEISPIEL »Ich bin beeindruckt, dass Sie heute zum Termin gekommen sind, obwohl Sie schon seit drei Nächten fast gar nicht geschlafen haben. Das zeigt mir, dass Sie unseren Termin wichtig nehmen und dass Sie Prioritäten setzen können. Ich möchte jetzt gerne mit Ih-

nen überlegen, wie ernst die Situation ist und was Sie gegebenenfalls tun können, um wieder schlafen zu können.«

Krisenplan S. 75 ff.

Krisenpläne und möglichst detaillierte Vereinbarungen, wie in Krisenzeiten vorgegangen werden soll, müssen außerhalb akuter manischer Phasen mit den Klienten festgelegt werden. Viele Betroffene äußern dann sehr klar ihre Vorstellungen und legen verbindlich schriftlich fest, was in der nächsten akuten Krise ihrer Meinung nach getan werden soll. Sehr viele wünschen sich beispielsweise, nicht mehr uneingeschränkt Zugriff auf ihr Geld zu haben, sondern nur nach Rücksprache mit einer Person ihres Vertrauens. Andere möchten zusätzlich häufigere Kontakte mit ihrer Ärztin oder vorsorglich für einige Tage in eine Klinik ihrer Wahl gehen, jedoch nicht gleich auf die geschlossene Station. Solche Vereinbarungen mit den Klienten schriftlich festzulegen hat sich als sehr hilfreich erwiesen. Alle Bezugspersonen und Angehörigen, die in Krisensituationen mit dem Klienten zu tun haben, sollten über den Krisenplan informiert sein und gegebenenfalls schon bei der Erstellung einbezogen werden.

Hilfe zur Selbsthilfe

Frühwarnzeichen entdecken

Der Beginn einer Manie kündigt sich – ähnlich wie bei anderen psychischen Erkrankungen auch – in der Regel mit Frühwarnzeichen an. Typische Frühwarnzeichen einer Manie sind:

- Schlaflosigkeit und vermindertes Schlafbedürfnis,
- andauernde Hochstimmung,
- pausenloser Aktivitätsdrang,
- Appetitverlust.

Bei einer beginnenden Manie ergibt sich aber ein besonderes Problem. Während Menschen, die schon einmal von einer Psychose oder Depression betroffen waren, meist große Angst vor einer erneuten Episode haben und alles tun, um einen Rückfall zu verhindern, ist eine beginnende Manie oft mit positiven Gefühlen verbunden. Die Betroffenen verfügen wieder über mehr Energie und Antrieb, trauen sich mehr zu und sind in guter Stimmung. In dieser Situation zu erkennen, dass es sich um Frühwarnzeichen einer Manie handeln könnte, erfordert viel Erfahrung und einen sehr selbstkritischen Blick. Dies gelingt meist jenen Betroffenen gut, die Angst vor einer erneuten Manie haben, weil sie beispielsweise befürchten, sich finanziell zu ruinieren oder sich auf andere Weise

Schaden zuzufügen. Andere Betroffene fürchten sich dagegen eher vor der nachfolgenden Depression.
In jedem Fall ist es hilfreich, wenn Fachkräfte und Angehörige rechtzeitig dem Betroffenen widerspiegeln, dass sie ihn verändert erleben und dabei gut erläutern, warum die positive Stimmung und der gesteigerte Antrieb ihrer Meinung nach auf eine Manie hinweisen.

BEISPIEL

»Herr Müller, Sie sind heute mit Anzug und Krawatte ins Büro gekommen, obwohl Sie das sonst nie tun. Sie kommen mir sehr angespannt vor und reden viel mehr als sonst. Das hat sich alles sehr plötzlich verändert bei Ihnen und ich erkenne keinen Grund für diese plötzlichen Veränderungen. Ich erinnere mich, dass es vor Ihrer letzten Manie genau so war und mache mir Sorgen um Sie.«

Besonders nützlich ist hier ein Krisenplan, in dem Betroffene möglichst konkret ihre Frühwarnzeichen notieren sowie Entlastungs- und Unterstützungsmöglichkeiten, mit denen sie auf erste Krisenanzeichen reagieren können.
Eine besondere Herausforderung besteht für Menschen mit einer bipolaren Erkrankung darin, normale und alltägliche Schwankungen der Stimmung und der Gefühle von solchen Schwankungen zu unterscheiden, die auf eine erneute Manie hinweisen und demnach Frühwarnzeichen sind. Anhand folgender Kriterien können Sie eine normale Stimmungsschwankung von einer beginnenden Manie unterscheiden:

- Normale Gefühlsschwankungen klingen nach einiger Zeit, spätestens nach mehreren Tagen wieder ab.
- Für normale Gefühlsschwankungen sind klare Auslöser erkennbar.
- Normale Schwankungen der Stimmung verschwinden meistens, wenn man darauf achtet, Belastungen zu reduzieren. Eine Entgleisung in Richtung Manie kann zwar auch durch Belastungen ausgelöst werden, dann entwickelt die Manie allerdings eine Eigendynamik und hält an, auch wenn die Belastungen weniger werden.

Fachkräfte haben die Aufgabe, gemeinsam mit ihren Klienten herauszufinden, ob es sich um normale Gefühlsschwankungen handelt oder um Warnzeichen einer Manie. Daher sollten auch Fachkräfte die genannten Abgrenzungskriterien kennen und mit den Betroffenen besprechen.



Betroffene und Fachkräfte sollten schnell handeln, auch wenn nicht sicher ist, ob eine Manie sich ankündigt.

Wenn Frühwarnzeichen einer Manie auftreten, ist es wichtig, schnell geeignete Selbsthilfestrategien zu ergreifen. Übergeordnetes Ziel aller Maßnahmen ist, feste Rhythmen und Strukturen zu schaffen, damit der aus dem Takt geratene Mensch sich wieder psychisch stabilisieren kann. Es empfiehlt sich, nicht allzu lange zu überlegen oder zu diskutieren, ob Stimmungsschwankungen, Hochstimmungen oder ein vermindertes Schlafbedürfnis nun schon Ausdruck einer beginnenden Manie sind oder nicht. Vielmehr sollten Betroffene, Fachkräfte und Angehörige schnell und tatkräftig konkrete Maßnahmen ergreifen. Hier finden Sie eine Reihe von Möglichkeiten, um Struktur und Rhythmus im Leben der Betroffenen zu etablieren:

- Betroffene sollten Ihren Schlaf genau beobachten und beispielsweise ein Schlaftagebuch führen.
- Die Medikation sollte in Absprache mit dem Arzt rasch angepasst werden.
- Betroffene sollten ihre körperliche Verfassung erfassen und regulieren, dies bedeutet, sich Ruhepausen zu gönnen, darauf zu achten, dass man regelmäßig isst und trinkt etc.
- Hilfreich ist, sich vor Reizüberflutung zu schützen, z.B. indem man das Fernsehen und den Internetkonsum einschränkt, Termine absagt, sich zurückzieht und ruhigen Aktivitäten nachgeht wie Spaziergängen oder Entspannungsübungen.
- Eine gute Planung von Aktivitäten gibt ebenfalls Halt und Struktur. Dies gelingt häufig mit einem **Tages- oder Wochenplan:** Aufgaben und Termine werden genauso geplant wie Ruhepausen und sogar Schlafenszeiten. Solch ein Plan kann dabei helfen, dass Betroffene sich nicht verzetteln, eine Sache nach der anderen erledigen und immer erst eine Tätigkeit beenden, bevor sie eine neue Sache beginnen.
- Es zieht nur neue Probleme nach sich, wenn Betroffene ihre Pflichten vernachlässigen. In Verbindung mit einem Tages- oder Wochenplan ist dann eine sogenannte **A/B-Liste** hilfreich: Aufgaben werden unterteilt in Pflichten, die man erledigen muss (A) und in angenehme Dinge (B). Die Betroffenen sollten versuchen, erst die A-Aufgaben zu erledigen und sich dann die B-Aufgaben zu gönnen. Viele Aufgaben kann man in einzelne Schritte unterteilen, dies schafft noch mehr Struktur. Es sollte auf eine ausgewogene Balance zwischen A und B geachtet werden. Wenn viele Aufgaben und Termine anstehen, ist es wichtig, zumindest die A-Aufgaben nach Prioritäten zu ordnen.

- Impulsive Handlungen, vor allem unkontrolliertes Geldausgeben, können in der Manie viele Probleme verursachen. Dagegen kann die **24-Stunden-Regel** helfen. Betroffene schließen eine Art Abkommen mit sich selbst: Wenn sie den starken Drang verspüren, etwas zu tun, beispielsweise etwas unbedingt kaufen möchten, so lassen sie erst 24 Stunden verstreichen, bevor sie ihr Vorhaben unter Umständen in die Tat umsetzen. Diese Regel sollte vom Betroffenen am besten schriftlich festgehalten werden.
- Betroffene sollten einen großen Bogen um Alkohol und Drogen machen. Wenn sich eine erneute Krise ankündigt, sollten Betroffene nicht zögern, zum Arzt oder gegebenenfalls in eine Klinik zu gehen.
- Für Betroffene sind feste Rhythmen und Strukturen eine Chance, den Beginn einer manischen Episode abzuwenden. Dabei ist es hilfreich, wenn Betroffene von anderen unterstützt werden, beispielsweise von Fachkräften oder Angehörigen, die den Tages- oder Wochenplan mit ihnen durchgehen, sie an die 24-Stunden-Regel erinnern oder die A/B-Liste mit ihnen erstellen.



Fachkräfte können Betroffene bei allen strukturgebenden Maßnahmen unterstützen.

Persönlichkeitsstörungen

»Schwierig« ist vermutlich der Begriff, den wir am häufigsten verwenden, wenn wir über Menschen mit Persönlichkeitsstörungen sprechen. Wir erleben den Umgang mit ihnen als schwierig oder bezeichnen sie als schwierige Klienten. Dahinter steht häufig ein Krankheitsbild, von dem etwa 10 Prozent der Bevölkerung in Deutschland betroffen sind. Dazu gehört auch die Borderline-Persönlichkeitsstörung, der wir ein eigenes Kapitel gewidmet haben. Hier soll es um alle anderen Persönlichkeitsstörungen gehen. Wer verstanden hat, was hinter dem Begriff steckt, wird etwas über sich selbst gelernt haben und den Umgang mit den Klienten künftig als weniger problematisch erleben.

Erleben von Betroffenen

BEISPIELE

Edith hat sich wie immer alle Mühe gegeben. Sie hat ihre neuen Kollegen in der Arbeitsgruppe und ihre Gruppenleiterin mit besonders viel Aufmerksamkeit bedacht, alle Namen schnell auswendig gewusst und sich jeden Tag sorgfältig und besonders hübsch gekleidet. Anfangs wurde sie auch gebührend beachtet, aber jetzt geht es schon wieder los: Man beachtet sie nicht, sie ist eine von vielen und andere bekommen deutlich mehr Aufmerksamkeit als sie. Edith kennt das schon. Sie weiß, wenn sie nichts unternimmt, dann geht sie vollkommen unter, keiner beachtet sie mehr. Sie muss rechtzeitig gegensteuern. Da kommt es ihr gelegen, dass sie sich vor zwei Wochen bei der Arbeit an der Hand verletzte. Eigentlich war es nur ein kleiner Schnitt, aber sie erscheint seitdem mit einem Verband an der Hand zur Arbeit, auch wenn die Verletzung längst verheilt ist. Sie genießt es, dass ihre Gruppenleiterin sich jeden Tag besorgt nach ihr erkundigt und sich mit ihr unterhält. ×

Sven lässt sich nichts vormachen: Der neue Mitarbeiter vom Sozialpsychiatrischen Dienst tut ganz freundlich, aber das tun sie ja immer. Er hat ihn längst durchschaut. Heute erschien der Mitarbeiter zu einem Termin fünf Minuten zu spät. Sven weiß, wenn

er nicht einschreitet, wird sich das immer mehr verschlimmern. Nach kürzester Zeit würde der Mitarbeiter ihn bereits stundenlang warten lassen. Aber nicht mit ihm. Er ruft beim Leiter des Dienstes an und beschwert sich in aller Form über die Unzuverlässigkeit des neuen Mitarbeiters. Und das ist erst der Anfang. Wenn sich so etwas wiederholt, wird er drastischere Maßnahmen ergreifen. ×

Ines hat eigentlich keine Lust mehr, immer für ihre Mitbewohnerin einkaufen zu gehen. Die Einkäufe zu schleppen ist nicht das Schlimmste, das hatte sie der Mitbewohnerin sogar angeboten. Aber sie weiß, dass die Mitbewohnerin ihr wieder nicht so viel Geld zurückgeben wird, wie sie eigentlich ausgelegt hat. Doch sie wird wohl wieder nichts sagen. Sie hat Angst, dass die Mitbewohnerin sie bei allen Leuten anschwärzen wird, dann würde sie ganz allein dastehen und das wäre das Ende. ×

Was wir alle kennen

Wer sich in Diagnosemanualen wie der ICD die Kriterien für die verschiedenen Persönlichkeitsstörungen durchliest, ertappt sich fast immer dabei, spontan an Menschen aus seinem Bekanntenkreis zu denken, die genau diese Persönlichkeitsstörung aufweisen. Es fällt uns gar nicht schwer, zwanghafte, paranoide oder narzisstische Züge bei unseren Nachbarn, Verwandten oder Arbeitskollegen auszumachen. Das liegt nicht etwa daran, dass all diese Menschen tatsächlich unter Persönlichkeitsstörungen leiden. Es gibt aber fließende Übergänge von einer ausgeprägten Persönlichkeit mit Ecken und Kanten hin zu einer Persönlichkeitsstörung. Eine ausgeprägte Persönlichkeit verbinden wir meistens mit etwas Positivem. Fast niemand möchte gerne eine graue Maus ohne besondere Eigenschaften sein. Wenn wir über einen Menschen sagen, er sei eine Persönlichkeit oder habe Persönlichkeit, so meinen wir das überwiegend positiv. Nach außen zeigt man seine Persönlichkeit durch den persönlichen Stil. Dieser persönliche Stil kann unterschiedlich akzentuiert sein.

Nur wenn er sehr stark akzentuiert und nicht mehr situationsangemessen veränderbar ist, sprechen wir von einer Persönlichkeitsstörung. Menschen mit einer gesunden Persönlichkeitsentwicklung können ihren Stil verändern, sie können sich auch mal

Nur wenn der persönliche Stil nicht mehr je nach Situation verändert werden kann, sprechen wir von einer Persönlichkeitsstörung.

zurücknehmen, wenn es angemessen erscheint und sie erkennen, dass ihr persönlicher Stil nicht in allen Situationen passend ist. Menschen mit Persönlichkeitsstörungen erkennen das meistens nicht mehr.

Die Diagnose der Persönlichkeitsstörungen ist traditionell umstritten. Zu groß scheint die Gefahr, Menschen, die etwas unliebsam, unbequem oder unangepasst sind, auf diese Weise für krank zu erklären. Gesellschaften sind unterschiedlich tolerant gegenüber Verhaltensweisen, die als »abweichend« gelten und Grundlage für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung sind. So gab es beispielsweise in Lehrbüchern aus der Zeit vor dem zweiten Weltkrieg noch Typen von Persönlichkeitsstörungen wie Kriegsdienstverweigerer, politische Fanatiker oder sexuell Haltlose (aus Möller, Laux & Kapfhammer 2002) All das würde heute nicht mehr als psychische Störung gelten. Generationen von kritischen Psychologiestudenten haben deshalb immer wieder gefordert, die Diagnose der Persönlichkeitsstörungen abzuschaffen. Das wäre jedoch ein zu radikaler Schritt. Denn er würde das Leid ignorieren, das Menschen mit Persönlichkeitsstörungen und die Menschen in ihrer Umgebung wegen ihrer unflexiblen, stereotypen Verhaltensweisen erleben. Es ist nicht sinnvoll, die Probleme von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen zu ignorieren. Die Diagnose sollte aber sehr vorsichtig vergeben und immer wieder hinterfragt werden. Es ist ein schmaler Grat zwischen gerade noch akzeptierbarem und bereits pathologischem, krankhaftem Verhalten. Die feinen Unterschiede sollten sich auch sprachlich niederschlagen. Oft ist es sinnvoller und hilfreicher, nicht von einer Persönlichkeitsstörung zu sprechen, sondern von einem akzentuierten persönlichen Stil.

Peter Fiedler (2003) hat die Unterscheidung zwischen persönlichem Stil und Persönlichkeitsstörung eingeführt, die ursprünglich auf Oldham und Morris (1995) zurückgeht. Dabei kann man davon ausgehen, dass der persönliche Stil immer eine positive, aber sehr stark ausgeprägte Eigenschaft einer Person darstellt. Er ist sozusagen die positive Kompetenz, die eben auch in jeder Persönlichkeitsstörung steckt. In der folgenden Tabelle 3 sind die jeweiligen akzentuierten Persönlichkeitseigenschaften den Persönlichkeitsstörungen zugeordnet.

TABELLE 3

Persönlichkeitseigenschaften und Persönlichkeitsstörungen

Persönlicher Stil	Persönlichkeitsstörung
ehrgeizig, selbstbewusst	narzisstisch
emotional, selbst darstellend	histrionisch
risikofreudig, abenteuerlustig	dissozial
sorgfältig, gewissenhaft	zwanghaft
anhänglich, loyal	dependent
einzelgängerisch, zurückhaltend	schizoid
selbstkritisch, vorsichtig	selbstunsicher
wachsam, scharfsinnig	paranoid



Selbstverständlich reagieren Klienten ablehnend und verärgert, wenn ihre Persönlichkeit als gestört bezeichnet wird.

Es empfiehlt sich, Klienten gegenüber immer von einem **akzentuierten persönlichen Stil** zu sprechen und nicht von einer Persönlichkeitsstörung. Wer möchte schon über sich hören, er sei in seiner Persönlichkeit gestört! Einen akzentuierten persönlichen Stil kann man dagegen teilweise sogar mit Stolz sehen: Schließlich ist es keine Schande, besonders selbstbewusst, sorgfältig oder scharfsinnig zu sein. Es ist also sinnvoll, mit Klienten nicht über ihre narzisstische Persönlichkeitsstörung zu sprechen, sondern über ihren äußerst selbstbewussten Stil, und mit anderen Klienten nicht über ihre paranoide Persönlichkeitsstörung, sondern über ihre außergewöhnliche Wachsamkeit. Allerdings kommt es gelegentlich vor, dass Klienten sehr stark unter ihren Problemen leiden und nach einer Erklärung für ihre Schwierigkeiten suchen. Bei ihnen kann es sinnvoll sein, die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung offen anzusprechen. So können sie sich selbst besser verstehen. Generell aber lohnt sich der Blick auf den akzentuierten Persönlichkeitsstil nicht nur, weil wir darüber leichter ins Gespräch kommen mit unseren Klienten, sondern auch, weil er uns offenbart, welche Ressourcen und Kompetenzen in jeder Persönlichkeitsstörung immer auch stecken.

Ob sich aus einem akzentuierten Persönlichkeitsstil eine Persönlichkeitsstörung entwickelt, hängt nicht zuletzt auch von den Umständen ab, unter denen man aufwächst und natürlich auch von Glück oder Pech. So kann man beispielsweise mit einer narzisstischen Persönlichkeit unter glücklichen Umständen sehr erfolgreich werden. Die Übergänge sind wieder mal fließend, man kann sie sich am Beispiel der narzisstischen Persönlichkeit auf einer Skala von 1 bis 10 folgendermaßen vorstellen:

1. sich seiner Stärken bewusst sein, Erfolg durch Leistung;
2. eigene Stärken auch nach außen darstellen, zu ihnen stehen;

3. selbstbewusst, erfolgreich, leistungsorientiert, ehrgeizig;
4. sehr selbstbewusst, stolz auf die eigene Leistung;
5. ständiges Betonen der eigenen Leistung, Einfordern von Anerkennung;
6. extremes Konkurrenzdenken, besser sein wollen als andere;
7. Überempfindlichkeit gegenüber Kritik, andere werden herabgesetzt;
8. keine Fehler eingestehen können, Aufbrausen bei kleinster Kritik;
9. krankhaft übertriebener Ehrgeiz;
10. völlige Übertreibung der eigenen Großartigkeit.

Persönlichkeitsstörungen sind im Grunde nichts anderes als die extreme Variante alltäglicher Persönlichkeitsstile.

Welche Persönlichkeit oder welchen persönlichen Stil wir jeweils entwickeln, hängt von vielen Faktoren ab: unserer Veranlagung, unserer Erziehung oder von wichtigen Ereignissen in unserem Leben. Es gibt Einzelgänger und es gibt sehr anhängliche, gesellige Menschen, die schlecht allein sein können. Manche Menschen haben ein ausgeprägtes Selbstbewusstsein, andere sind risikofreudig und wieder andere stehen gerne im Mittelpunkt. Menschen sind vielfältig und unterschiedlich und genau so vielfältig und unterschiedlich sind die Persönlichkeitsstörungen.

Informationen zu Persönlichkeitsstörungen

Vordergrund

Kann man allein auf einer einsamen Insel psychisch krank sein? Vermutlich schon – man kann eine Psychose entwickeln, Halluzinationen bekommen oder depressiv werden. Aber eine Persönlichkeitsstörung wird man dort eher nicht bekommen können, denn dafür fehlt einem schlicht das Gegenüber.

Persönlichkeitsstörungen sind Beziehungsstörungen.

Persönlichkeitsstörungen sind gekennzeichnet durch Schwierigkeiten in der Interaktion, im zwischenmenschlichen Bereich. Wenn wir unsere Klienten mit Persönlichkeitsstörungen als schwierig bezeichnen, so drücken wir uns also um die Hälfte der Wahrheit herum: Nicht nur die Klienten sind schwierig, sondern auch die Fachkräfte haben Schwierigkeiten im Umgang mit ihnen. Persönlichkeitsstörungen sind immer ein Problem der Interaktion und nie das alleinige Problem der Betroffenen.
Menschen mit Persönlichkeitsstörungen haben oft schon seit sehr langer Zeit, manchmal seit Jahrzehnten, immer wieder dieselben

Probleme. Sie geraten immer wieder in gleicher Weise in Konflikte mit anderen, werden enttäuscht, brechen Beziehungen ab oder scheitern an ihren Arbeitsstellen, immer aus ähnlichen Gründen. Für Außenstehende ist es oft ganz leicht nachzuvollziehen, was die Person ändern müsste, um diese Schwierigkeiten nicht mehr zu haben. Aber die Betroffenen selbst können das nicht erkennen und behalten das Verhalten, das ihnen so viele Schwierigkeiten bereitet, immer weiter bei. Dafür gibt es zwei Gründe:



Persönlichkeitsstörungen waren einmal Überlebensstrategien.

Zum einen sind Persönlichkeitsstörungen in gewisser Weise **Überlebensstrategien**. Irgendwann im Leben der Betroffenen, meistens in der späteren Kindheit oder Jugend, war es sinnvoll, sich so zu verhalten. Sie haben das Verhalten als **Lösung** in einer schwierigen Situation entwickelt, es hat sich bewährt und nun wird es beibehalten, auch wenn es nicht mehr sinnvoll ist. Die Betroffenen halten ihrer einmal gefundenen Lösung gewissermaßen die Treue: Was damals sinnvoll war, kann später nicht falsch sein, so scheinen sie zu denken.



Menschen mit Persönlichkeitsstörungen können sich selbst nicht als Teil des Problems erkennen.

Zum anderen werden Persönlichkeitsstörungen **ich-synton** erlebt. Mit ich-synton bezeichnen Psychiater Dinge, die Menschen als »zu sich selbst gehörend« empfinden. Das bedeutet, die Betroffenen haben nicht den Eindruck, dass etwas mit ihnen nicht stimmt, dass sie krank sein könnten. Andere psychische Erkrankungen werden in der Regel ich-dyston erlebt. Die Betroffenen leiden unter ihrer Erkrankung und möchten sie loswerden oder zumindest besser in den Griff bekommen. Entsprechend sind sie motiviert, eine Therapie zu machen oder ärztliche Ratschläge zu befolgen. Sie sehen, dass ihre Probleme etwas mit ihnen selbst zu tun haben. Bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen ist das anders. Sie sind nicht in der Lage, sich selbst als Teil des Problems wahrzunehmen und zu erkennen, dass sie sich ihre Schwierigkeiten zumindest teilweise selbst mit verursachen. Entsprechend sind die Betroffenen nicht motiviert, an sich zu arbeiten. Warum sollten sie auch, schließlich sind die anderen schuld an den Schwierigkeiten, die sie haben!
Die Ich-Syntonie der Persönlichkeitsstörungen stellt Fachkräfte immer wieder vor große Probleme. Wir arbeiten nicht gerne mit Klienten, die keine Einsicht in ihre Erkrankung haben. Es ist deshalb wichtig, sich immer wieder vor Augen zu führen, dass die fehlende Krankheitseinsicht zum Krankheitsbild der Persönlichkeitsstörungen gehört und den Klienten deshalb nicht zum Vorwurf gemacht werden darf. Darüber hinaus dürfen wir die Ich-Syntonie nicht mit fehlendem Leidensdruck verwechseln. Menschen mit

Persönlichkeitsstörungen leiden oft sehr unter ihrer Situation. Sie können nur nicht erkennen, dass sie auch selbst viel zur Verbesserung beitragen könnten.

Im Vordergrund stehen bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen also oft Verhaltensweisen, die immer in derselben Art und Weise wiederholt werden, ob es nun gerade sinnvoll ist oder nicht. Es ist sicher richtig, gelegentlich wachsam und auf der Hut zu sein, aber es ist nicht gut, allen Menschen grundsätzlich zu misstrauen und ihnen böse Absichten zu unterstellen, wie dies bei paranoiden Persönlichkeiten der Fall ist. Menschen, die gerne im Mittelpunkt stehen, können eine Party bereichern, aber es nervt, wenn Menschen mit histrionischer Persönlichkeitsstörung ständig im Mittelpunkt stehen müssen. Um zu verstehen, warum Menschen mit Persönlichkeitsstörungen sich so verhalten, müssen wir nach SACHSE (2006) in ihrer Kindheit und Jugend suchen. Wir können davon ausgehen, dass in dieser Zeit **zentrale Beziehungsmotive** unbefriedigt geblieben sind. In diesem Punkt unterscheiden sich Menschen mit Persönlichkeitsstörungen überhaupt nicht von anderen Menschen: Wir streben alle nach denselben zentralen Beziehungsmotiven. Nach SACHSE (2006) sind dies:

Anerkennung: als Person und für Fähigkeiten und Leistungen anerkannt zu werden, Lob und positive Rückmeldung zu bekommen, Wertschätzung zu erfahren;

Wichtigkeit: für jemanden eine besondere Bedeutung zu haben, besondere Beachtung verdient zu haben;

Solidarität: jemanden zu haben, der hinter einem steht, zu einem hält, zu einer Gruppe zu gehören, Rückhalt zu haben;

Autonomie: selbständig und unabhängig entscheiden und handeln zu können, nicht vollständig von anderen abhängig zu sein und bevormundet zu werden;

Verlässlichkeit: sich auf andere verlassen zu können, andere als berechenbar und zuverlässig zu erleben;

Unverletzlichkeit der eigenen Grenzen: körperliche und psychische Unversehrtheit, nicht misshandelt werden, nicht überfordert oder überlastet werden.

Es ist wichtig für eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung, dass alle diese Motive befriedigt werden. Wenn eines über längere Zeit unbefriedigt bleibt, können wir uns nicht damit trösten, dass die anderen Motive ja befriedigt werden. Im Gegenteil: Das unbefriedigte Motiv hat dann höchste Priorität für uns, wir setzen alles daran, es zu befriedigen. Wir können nicht einfach darauf verzichten. Das kann

die Grundlage für die Entstehung einer Persönlichkeitsstörung sein. Bei einer normalen, positiven Persönlichkeitsentwicklung muss sich das Kind nicht besonders anstrengen, um die genannten Beziehungsmotive befriedigt zu bekommen. Es wird einfach als Person, so wie es ist, anerkannt und wichtig genommen, kann sich auf seine Eltern verlassen und darauf, dass sie zu ihm halten und seine Grenzen achten und schützen. Und es wird lernen, eigene Entscheidungen zu treffen und sich durchzusetzen, also Autonomie erfahren. Menschen mit Persönlichkeitsstörungen hatten diese Voraussetzungen in der Regel nicht. Das bedeutet nicht, dass sie alle aus schlechten Elternhäusern kommen oder traumatische Erlebnisse in ihrer Kindheit hatten. Aber es bedeutet, dass subjektiv, in ihrem persönlichen Erleben, mindestens eines der Beziehungsmotive unbefriedigt geblieben ist. Und da die Betroffenen das nicht einfach so hinnehmen konnten, haben sie angefangen, Strategien zu entwickeln, um doch noch zu bekommen, was sie brauchen. Dadurch kann ein Teufelskreis entstehen, der letztlich zur Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung führen kann.

Deutlich seltener kommt es vor, dass die genannten Motive nicht unbefriedigt bleiben, sondern im Gegenteil in Kindheit und Jugend eines Menschen im Übermaß befriedigt werden. Auch das kann zur Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung führen. Wer ständig beachtet und wichtig genommen wird, lernt nicht, dass es normal ist, auch mal weniger im Mittelpunkt zu stehen. Wer immer machen durfte, was er wollte, kann mit gelegentlichen Beschränkungen seiner Autonomie nicht umgehen. Menschen mit Persönlichkeitsstörungen haben in der Regel kein gesundes Maß an Befriedigung zwischenmenschlicher Bedürfnisse erfahren. Meist haben sie einen Mangel erlebt, in selteneren Fällen auch ein Übermaß.

Diagnostik und Häufigkeit

Persönlichkeitsstörungen sind komplexe Störungen. Die Störungen treten nicht selten auf. Man weiß allerdings nicht genau, wie viele Menschen im Laufe ihres Lebens an einer Persönlichkeitsstörung erkranken, aber jedes Jahr sind in Deutschland etwa 10 Prozent der Bevölkerung davon betroffen. Männer und Frauen erkranken etwa gleich häufig, wobei die dissoziale und die zwanghafte Persönlichkeitsstörung etwas häufiger bei Männern aufzutreten scheinen und die histrionische Persönlichkeitsstörung möglicherweise etwas häufiger bei Frauen.

Persönlichkeitsstörungen treten oft gemeinsam mit anderen psychischen Erkrankungen auf.

Eine Persönlichkeitsstörung ist häufig nicht die einzige psychische Erkrankung und tritt auch gemeinsam mit anderen Persönlichkeitsstörungen auf. Die Komorbiditätsraten können teilweise sehr hoch sein. So findet sich beispielweise bei Menschen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung in fast 90 Prozent der Fälle auch eine paranoide Persönlichkeitsstörung und etwa die Hälfte der Menschen mit einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis haben zusätzlich eine Persönlichkeitsstörung. Auch Depressionen, Angststörungen, Suchterkrankungen und Essstörungen treten häufig zusammen mit einer Persönlichkeitsstörung auf. Und etwa die Hälfte der Menschen mit Persönlichkeitsstörungen erfüllen die Kriterien für mehr als eine Persönlichkeitsstörung.

Nicht selten lässt sich beobachten, dass auffällige Persönlichkeitszüge und Verhaltensweisen mit zunehmendem Alter und Lebenserfahrung abgeschwächt werden und die Klienten weitgehend zurechtkommen. Dies bedeutet, dass die Diagnose Persönlichkeitsstörung kein unabänderliches Urteil ist. Wie die weitere Entwicklung ist, hängt stark davon ab, wie das Leben der Betroffenen verläuft. Sie haben meist erhebliche Probleme, sich an Veränderungen anzupassen und Schicksalsschläge zu verarbeiten, beispielsweise Veränderungen am Arbeitsplatz, Trennungen oder Ähnliches. Je häufiger und schwerer solche Ereignisse im Laufe des Lebens eines Menschen mit Persönlichkeitsstörungen auftreten, desto ungünstiger wird der Krankheitsverlauf bei ihm sein.

Die Probleme und Auffälligkeiten von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen beginnen meist schon in der Kindheit und Jugend. Die Diagnose kann aber erst nach dem Eintritt ins Erwachsenenalter sichergestellt werden. Die Übergänge zwischen einem akzentuierten persönlichen Stil und einer Persönlichkeitsstörung sind fließend. Von einer Persönlichkeitsstörung wird erst dann gesprochen, wenn:

- die Verhaltensmuster und Erlebensweisen des Betroffenen insgesamt deutlich von kulturell erwarteten und akzeptierten Vorgaben und Normen abweichen; diese Abweichungen äußern sich in der Art zu denken, zu fühlen und in der Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen;
- die Abweichung so ausgeprägt ist, dass das daraus resultierende Verhalten in vielen Situationen des Alltags unangemessen, unangepasst und unflexibel ist;
- durch dieses Verhalten bei den Betroffenen selbst und/oder in ihrem sozialen Umfeld erheblicher Leidensdruck entsteht;

- das abweichende Verhaltensmuster stabil und von langer Dauer ist und in der späten Kindheit oder Jugend begonnen hat;
- eine andere schwere psychische oder organische Erkrankung nicht die Ursache des auffälligen Verhaltens ist.

Es gibt viele verschiedene Persönlichkeitsstörungen und es ist oft schwer, sie gegeneinander abzugrenzen. Nicht selten erfüllen Menschen die Kriterien für mehrere Persönlichkeitsstörungen. Das ist nicht überraschend, denn manche Persönlichkeitsstörungen ähneln einander, von anderen wiederum unterscheiden sie sich klar. In Diagnosemanualen sind Kriterien für die unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen aufgelistet. Die Kriterien werden derzeit grundlegend überarbeitet, auch die Art der Diagnostik wird sich verändern. So werden künftig deutlich weniger Persönlichkeitsstörungen benannt und Diagnosen eher in Bezug auf prominente Persönlichkeitszüge beschrieben werden. Grundlage wird ein dimensionales Modell der Persönlichkeitsstörungen sein.

Man kann sich den unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen aber auch nähern, indem man schaut, um welche Motive und Bedürfnisse es dabei jeweils geht. Menschen mit Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich nicht grundlegend von Menschen mit einer gesunden Persönlichkeitsentwicklung. Um zu verstehen, was die Persönlichkeitsstörung von der gesunden Persönlichkeit unterscheidet, müssen wir uns daher allgemein mit Persönlichkeit beschäftigen. Einen guten Einstieg vermittelt das folgende, vereinfacht dargestellte bedürfnistheoretische Circumplex-Modell der Persönlichkeit (s. Abbildung 14 nach FIEDLER 2003).

Betrachten wir zunächst die senkrechte Achse: Menschen haben ein Bedürfnis nach Autonomie, sie wollen selbstbestimmt entscheiden und nicht nur von anderen abhängig sein. Im Extremfall sind Menschen hier rechthaberisch und dominierend, in einem gesunden Maß ist ein Bedürfnis nach Autonomie aber ganz normal. Auf der anderen Seite wünschen sich Menschen aber auch, irgendwo dazuzugehören, Teil einer Familie, eines Freundeskreises oder einer anderen Gruppe zu sein. Bindung ist eines der frühesten Bedürfnisse des Menschen, schon kleine Babys haben es. Bei hoher Ausprägung des Bindungsbedürfnisses sind Menschen unterwürfig und unfähig zu eigenen Entscheidungen, ein gesundes Maß an Bindung steht aber für Loyalität und ein Gefühl von Zugehörigkeit.

Menschen mit einer gesunden Persönlichkeitsentwicklung können zwischen beiden Polen wechseln, sind vielleicht im Beruf eher autonom und im privaten Bereich anhänglich und legen Wert auf

ABBILDUNG 14

Das Circumplex-Modell der Persönlichkeit (nach FIEDLER 2003, S. 117)

Selbstbezogen, lenkend
Autonomie
Bedürfnis nach sozialer Unabhängigkeit
(rechthaberisch, dominierend)

Selbstsichernd, rational
Selbstkontrolle
Bedürfnis nach Selbstsicherheit
(normorientiert, rigide)

Erfahrungsoffen, geühlsorientiert
Selbstaktualisierung
Bedürfnis nach Sinnfindung / Spontaneität
(stimmungsabhängig, unkontrolliert)

Loyal, anhänglich
Bindung
Bedürfnis nach sozialer Geborgenheit
(unterwürfig, nachgiebig)

feste Bindungen. Verschiedene Menschen haben unterschiedliche Schwerpunkte, manche legen viel Wert auf ihre Autonomie, andere weniger. Charakteristisch für eine Persönlichkeitsstörung wäre aber eine extreme Ausprägung auf einem der beiden Pole, verbunden mit der Unfähigkeit, in die andere Richtung zu wechseln, wenn es angebracht wäre.
Die zweite Achse verweist uns auf ein zweites menschliches Grundbedürfnis. Jeder wünscht sich eine gewisse Selbstkontrolle. Wir wollen uns unter Kontrolle haben, wir kennen unsere Reaktionen in den meisten Situationen, können uns einschätzen, haben Vorlieben, Überzeugungen und Rituale, die das Leben im Alltag überschaubarer und berechenbarer für uns machen. Das Bedürfnis, nicht jeden Tag Neues oder Extremes zu erleben, ist vollkommen normal. Menschen mit einem extremen Bedürfnis nach Selbstkontrolle wirken jedoch rigide und engstirnig. Der Gegenpol zur Selbstkontrolle ist das Bedürfnis nach Selbstaktualisierung. Wir alle möchten ab und an etwas Neues erleben, spannende Erfahrungen machen, uns verlieben, für etwas begeistern, starke Gefühle erleben. Aus diesem Grund reisen wir in ferne Länder, betreiben riskante Sportarten oder konsumieren bewusstseinserweiternde Substanzen. Im Extrem finden sich hier Menschen, die keinerlei Kontrolle über ihre Emotionen haben und jeden Tag aufs Neue emotionale Achterbahnfahrten erleben, beispielweise Betroffene mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung zeichnet sich also dadurch aus, auf beiden Achsen jeweils zwischen den Polen wechseln zu können, wobei jede Person sich von anderen darin unterscheidet, wie weit sie in eine Richtung gehen möchte, wie viel Wert sie auf Bindung legt, wie viel Veränderung sie sich wünscht oder wie autonom sie sein will. FIEDLER (2003) nennt als Kennzeichen einer **gesunden Persönlichkeit** die **erfahrungsoffene Selbstsicherheit** und die **sozial bezogene Autonomie**.
Auf den beiden Achsen lassen sich auch alle Persönlichkeitsstörungen einordnen. Manche sind nur auf einer Achse extrem, andere sogar auf beiden. Die nächste Abbildung zeigt, wie die Persönlichkeitsstörungen eingeordnet werden können.

ABBILDUNG 15

So passen die Persönlichkeitsstörungen in das Circumplex-Modell (nach FIEDLER 2003, S. 135)

widerständig
dominierend
Autonomie

Schizoid einzelgängerisch

paranoid misstrauisch

dissozial abenteuerlich

Passiv-aggressiv kritisch-zögerlich

histrionisch expressiv

zwanghaft gewissenhaft

narzisstisch sich selbst bewusst

Borderline spontan-sprunghaft

unterwürfig
nachgiebig
Bindung

dependent anhänglich-loyal

selbstunsicher selbstkritisch-sensibel

schizotypisch ahnungsvoll-sensibel

normorientiert
rigide
Selbstkontrolle

stimmungsabhängig
labil
unkontrolliert
Selbstaktualisierung

Im Folgenden möchten wir die häufigsten Persönlichkeitsstörungen kurz vorstellen. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung wird in einem eigenen Kapitel ab S. 162 beschrieben. Die selbstunsichere Persönlichkeitsstörung weist viele Überschneidungen mit der generalisierten Angststörung auf, die im Kapitel über Ängste vorgestellt wird. Diese Persönlichkeitsstörung wird deshalb hier nicht ausführlich besprochen, ebenso wie die schizotypische Persönlichkeitsstörung, die verwandt ist mit den schizophrenen Störungen (siehe S. 46 ff.) und im Wesentlichen in einer besonderen Dünnhäutigkeit und übergroßer Sensibilität besteht.

Dissoziale Persönlichkeitsstörung

Menschen mit dissozialer Persönlichkeitsstörung haben kaum Angst, suchen das Risiko und können sich nicht in andere hineinversetzen.

Die dissoziale Persönlichkeitsstörung wird auch als antisoziale Persönlichkeitsstörung oder als Psychopathie bezeichnet. Die Betroffenen zeichnen sich aus durch einen abenteuerlustigen, risikofreudigen Stil. Sie sind sehr autonom und stimmungsabhängig. Sie kennen keine Angst, ertragen Langeweile nur schwer und werden schnell von ihren Emotionen mitgerissen. Betroffene brauchen immer Action, wenn nichts los ist, zetteln sie etwas an. Sie haben eine Vorliebe für riskante Unternehmungen, bringen sich und andere leicht in Gefahr und setzen ihre Ziele rücksichtslos durch. Drogenkonsum und illegale Handlungen sind bei Menschen mit dissozialer Persönlichkeit nicht selten. Von anderen werden sie häufig als rücksichtslos und unzuverlässig erlebt. Menschen mit dissozialer Persönlichkeit können sich nicht in ihre Mitmenschen hineinversetzen, empfinden beispielsweise kaum Mitleid, fühlen sich nicht schuldig und schämen sich nicht. Strafandrohungen oder tatsächliche Strafen wirken nur wenig abschreckend auf Menschen mit einer dissozialen Persönlichkeit. Sie sind nicht vorsichtig und es fällt ihnen schwer, in sich hineinzuhören. Hintergrund scheint eine kognitive Störung zu sein, die es den Betroffenen schwer macht, Kontrolle über ihre Emotionen zu erlangen und sich in andere einzufühlen. Auch scheinen Strukturen im Gehirn, die für das Erleben von Ängstlichkeit und das Bemühen um Schadensbegrenzung zuständig sind, bei Menschen mit dissozialer Persönlichkeitsstörung weniger aktiv zu sein. Deshalb sind sie kaum ängstlich und scheuen sich nicht, Risiken einzugehen. Generell scheinen Menschen mit einer Veranlagung für eine dissoziale Persönlichkeitsstörung ein höheres Maß an Erregung zu benötigen, sie sind deshalb ständig auf der Suche nach neuen Anregungen und Reizen. Die Veranlagung zur Entwicklung einer dissozialen Persönlichkeitsstörung scheint eine deutliche genetische Komponente zu haben. Dabei geht man aber davon aus, dass die genetische Veranlagung erst durch wiederholte negative Erfahrungen wie Misshandlung oder Traumatisierung tatsächlich zu einer dissozialen Persönlichkeitsstörung führt. Es kommt also zu einer Wechselwirkung zwischen Umwelt und genetischer Disposition.

Histrionische Persönlichkeitsstörung

Menschen mit histrionischer Persönlichkeit sind emotional und können sich sehr gut selbst darstellen. Sie treten liebenswürdig und charmant auf, haben ein gutes Gespür für Atmosphäre und handeln oft intuitiv. Auffällig ist, dass die Betroffenen immer im Mittelpunkt stehen möchten und sich unwohl fühlen, wenn sie nicht die Aufmerksamkeit wichtiger Bezugspersonen haben. Das Beispiel von Edith vom Beginn dieses Kapitels zeigt dies. Menschen mit histrionischer Persönlichkeitsstörung haben in der Regel nicht ausreichend die Erfahrung machen können, dass sie wichtig sind. Das unbefriedigte Motiv ist also die Wichtigkeit. Entsprechend haben die Betroffenen gelernt, dass sie sich wichtigmachen müssen, um nicht übersehen zu werden. Edith aus unserem Beispiel nutzt eine kleine Verletzung, spielt sie hoch und zieht sie in die Länge, um sich die Aufmerksamkeit ihrer Bezugspersonen zu sichern. Menschen mit histrionischer Persönlichkeitsstörung neigen generell zu Übertreibungen und lieben das Drama. Vorrangig geht es ihnen darum, im Mittelpunkt zu stehen. Sie müssen nicht unbedingt der gefeierte Star sein, aber sie wollen die Aufmerksamkeit der Bezugspersonen. Dabei können sie durchaus eine ständige Verfügbarkeit der Bezugsperson verlangen und sich massiv beschweren, wenn sie ihrer Einschätzung nach zu wenig Beachtung erhalten. Menschen mit histrionischer Persönlichkeitsstörung gehen davon aus, dass sie sich immer wichtigmachen müssen und sofort wieder übersehen und nicht wichtiggenommen werden, wenn sie sich nicht ständig in den Mittelpunkt rücken. Ähnlich wie Menschen mit einer dissozialen Persönlichkeitsstörung werden auch Betroffene mit einer histrionischen Persönlichkeit schnell von ihren Emotionen mitgerissen, haben Mühe, diese zu kontrollieren und reagieren kaum auf Strafandrohungen oder tatsächliche Bestrafung. Zwischen beiden Störungen besteht möglicherweise eine genetische Verwandtschaft, wobei die dissoziale Persönlichkeitsstörung häufiger bei Männern und die histrionische häufiger bei Frauen vorkommt.



Menschen mit histrionischer Persönlichkeitsstörung möchten am liebsten immer im Mittelpunkt stehen.

Dependente Persönlichkeitsstörung



Menschen mit dependenter Persönlichkeitsstörung versuchen sich unentbehrlich zu machen, damit sie nicht verlassen werden können.

Menschen mit dependenter Persönlichkeitsstörung sind die idealen Klienten: Termine halten sie immer pünktlich und zuverlässig ein, übertragene Aufgaben erledigen sie verantwortungsbewusst, gerne bringen sie ihrem Gruppenleiter morgens eine Tasse Kaffee ins Büro und nie vergessen sie den Geburtstag ihrer WG-Betreuerin. Menschen mit dependenter Persönlichkeit haben sich sehr unter Kontrolle und wünschen sich unerschütterliche Bindungen, sie sind anhänglich und loyal, tun ihren Nächsten gerne einen Gefallen und nehmen sich selbst nicht so wichtig. Oft opfern sie sich für andere

auf und ordnen sich diesen vollkommen unter, unfähig, eigene Entscheidungen zu treffen. Menschen mit dependenter Persönlichkeitsstörung können schamlos ausgenutzt werden, können sich kaum dagegen wehren und trauen sich nicht, Anliegen anderer zurückzuweisen. Bei Ines aus unserem Anfangsbeispiel ist das auch so: Sie kauft gerne für ihre Mitbewohnerin ein und traut sich nicht, sich zu beschweren, weil sie immer zu wenig Geld dafür bekommt.

Menschen mit dependenter Persönlichkeitsstörung haben nämlich ein Problem: Sie haben zu wenig Verlässlichkeit in Beziehungen erfahren und haben daraus für sich die Überzeugung abgeleitet, dass man von heute auf morgen verlassen werden kann. Das unbefriedigte Motiv ist also Verlässlichkeit. Das wäre an sich schon schlimm genug, hinzu kommt aber, dass Menschen mit dependenter Persönlichkeit davon ausgehen, dass sie allein nicht zurechtkommen und auf ihre Mitmenschen angewiesen sind. Um diese daran zu hindern, sie ohne Vorwarnung zu verlassen, versuchen Menschen mit dependenter Persönlichkeitsstörung, sich möglichst unentbehrlich zu machen, sodass ihr Gegenüber auf sie angewiesen ist und sie gar nicht mehr verlassen kann. Hinter dem scheinbar selbstlosen Verhalten dependenter Persönlichkeiten steht also ein durchaus eigennütziges Motiv.

Narzisstische Persönlichkeitsstörung

Menschen mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung versuchen, ihr negatives Selbstkonzept zu verbergen, indem sie die eigene Großartigkeit betonen.

Menschen mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung haben einen äußerst selbstbewussten Stil, sie sind sehr ehrgeizig und leistungsorientiert und legen sich mächtig ins Zeug. Bescheidenheit ist nicht gerade ihre Sache, eher im Gegenteil: Sie streichen ihre Leistungen heraus, prahlen bei jeder Gelegenheit damit und neigen dazu, ihre Leistungen und Erfolge zu übertreiben und noch großartiger darzustellen, als sie ohnehin schon sind. Nahezu alles, was Menschen mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung machen, ist irgendwie außergewöhnlich und großartig. Dabei merken die Betroffenen oft nicht, dass sie andere Menschen herabsetzen oder verletzen, wenn sie ihre eigenen Erfolge ständig betonen. Auffällig ist auch, dass sie bei allem Selbstbewusstsein und aller Überzeugung von der eigenen Großartigkeit doch äußerst empfindlich auf Kritik reagieren. Auch auf kleine Hinweise oder Verbesserungsvorschläge reagieren sie persönlich gekränkt und sehr verärgert.

Hintergrund ist ein brüchiges Selbstkonzept. Sie tragen nach außen ein äußerst positives, großartiges Bild von sich zur Schau. Dahinter

und nur für sie selbst zu sehen, verbirgt sich meist ein sehr negatives Bild von sich. So seltsam es klingen mag: Menschen mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung haben in ihrer Entwicklung zu wenig Anerkennung erfahren und dadurch den Eindruck gewonnen, sie seien nicht in Ordnung. Das unbefriedigte Motiv ist also Anerkennung. Sie haben aber die Entdeckung gemacht, dass sie für Leistung durchaus Anerkennung bekommen, beispielsweise für gute Noten. Fortan ist es ihr Bestreben, möglichst exzellente Leistungen zu erbringen und sicherzustellen, das andere diese auch bemerken. Das dient aber nur dem Ziel, niemanden hinter die Fassade schauen zu lassen und das negative Selbstkonzept hinter dem übertrieben positiven zu verstecken. Wenn diese Abwehr-Fassade irgendwann zusammenbricht, haben Menschen mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung ein deutlich erhöhtes Suizidrisiko. Häufig kommt es zu einem Teufelskreis. Das großspurige Verhalten von Menschen mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung provoziert andere dazu, den Klienten abzuwerten und mit seinem Schwächen zu konfrontieren, um ihn von seinem hohen Ross herunter zu holen. Das führt bei Menschen mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung jedoch reflexartig nur dazu, noch mehr aufzutrumpfen und sich noch großartiger darzustellen. Gerade narzisstische Persönlichkeitsstörungen treten häufig komorbid, d.h. zusammen mit anderen Persönlichkeitsstörungen oder anderen psychischen Erkrankungen auf.

Zwanghafte Persönlichkeitsstörung



Menschen mit einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung richten ihr Leben nach rigiden Gesetzmäßigkeiten aus, denen sie ausnahmslos folgen.

Bei der zwanghaften Persönlichkeitsstörung, die manchmal auch als anankastische Persönlichkeitsstörung bezeichnet wird, kann man gut erkennen, wie sich Persönlichkeitsstörungen mit ihrer Ich-Syntonie von anderen psychischen Erkrankungen unterscheiden. Menschen mit Zwangserkrankungen (siehe S. 206ff.) leiden in der Regel unter ihren Zwängen. Sie wissen, dass es nicht wirklich notwendig ist, sich so oft die Hände zu waschen, können aber nichts dagegen tun. Und sie erwarten auch nicht, dass andere ebenso häufig wie sie kontrollieren, ob die Herdplatten ausgeschaltet sind. Menschen mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung leiden in der Regel nicht unter Zwangshandlungen oder -gedanken. Ihre Zwanghaftigkeit äußert sich eher in starren Normen, Gesetzmäßigkeiten und Ansprüchen, an die sie sich selber halten, die sie aber auch von anderen erwarten. »Man muss ...«, so beginnen sie häufig ihre Sätze. Menschen mit zwanghafter Persönlichkeitsstö-

rung sind äußerst fleißig, gewissenhaft und sorgfältig, sie sind die Zuverlässigkeit in Person und es ist für sie selbstverständlich, dass die Pflichterfüllung immer vor dem Vergnügen kommt. Überhaupt kommen Arbeit und Pflicht für sie immer an erster Stelle. Sie richten ihr Leben und ihren Alltag nach rigiden Normen und Gesetzmäßigkeiten aus, die sie ausnahmslos befolgen. Einmal Fünfe gerade sein zu lassen, kommt für sie nicht infrage. Betroffene meiden spontane Aktionen und fühlen sich äußerst unwohl, wenn sie nicht genau wissen, worauf sie sich einlassen.
Menschen mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung haben die Erfahrung gemacht, dass sie nur zurechtkommen, wenn die Welt für sie absolut berechenbar ist und sie alles immer nach möglichst demselben Muster machen. Dies gibt ihnen Sicherheit und das notwendige Gefühl von Autonomie. Auch Anerkennung können sie auf diese Weise bekommen, denn ihre große Zuverlässigkeit und ihr Pflichtbewusstsein werden im Arbeitsleben sehr positiv gesehen. Gleichzeitig werden die starren Normen, die die Betroffenen sich auferlegt haben, jedoch zunehmend auch von ihnen selbst als Zwangsjacke, als Gefängnis erlebt, dem sie nicht entrinnen können. Es besteht das Risiko der Entwicklung einer Depression, vor allem wenn die Betroffenen ihren eigenen hohen Ansprüchen nicht gerecht werden und insgesamt wenig Lebensfreude erleben.

Paranoide und passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung



Menschen mit einer paranoiden Persönlichkeitsstörung sind ihrer Umwelt gegenüber extrem misstrauisch und ständig bereit, sich zu wehren.

Menschen mit einer paranoiden Persönlichkeitsstörung sind äußerst wachsam und scharfsinnig. Ihnen macht keiner etwas vor, so wie Sven aus unserem Anfangsbeispiel. Man darf die paranoide Persönlichkeitsstörung nicht mit einer paranoid-halluzinatorischen Psychose (siehe S. 46 ff.) verwechseln. Bei einer Psychose steht die wahnhafte Verarbeitung im Vordergrund, die Betroffenen fürchten beispielsweise, von einem Geheimdienst verfolgt zu werden oder durch Strahlung von außen überwacht und beeinflusst zu werden. Solche Phänomene treten bei einer paranoiden Persönlichkeitsstörung nicht auf, es gibt keinen Zusammenhang mit Störungsbildern aus dem schizophrenen Formenkreis. An den Ängsten und Befürchtungen der Betroffenen ist gewissermaßen immer etwas dran, sie werden aber von den meisten Menschen als übertrieben eingestuft. Im Vordergrund stehen bei einer paranoiden Persönlichkeitsstörung Misstrauen und Argwohn. Es wird grundsätzlich angenommen, andere wollten einem schaden,

hätten negative Motive und man müsse sich gegen sie wappnen. Die Betroffenen sind davon überzeugt, immer besonders ungerecht behandelt und benachteiligt zu werden. Sie treten oft anklagend und vorwurfsvoll auf. Häufig verwickeln sie ihre Bezugspersonen in Loyalitätskonflikte: Man ist entweder auf ihrer Seite oder auf der Seite der Gegner, Kompromisse gibt es nicht.
Die Betroffenen haben die Erfahrung gemacht, dass sie letztlich immer allein dastanden, niemanden im Rücken hatten. Solidarität ist eines der Motive, die unbefriedigt geblieben sind. Menschen mit paranoider Persönlichkeitsstörung sind gewissermaßen ständig auf der Hut und bereit, beim kleinsten Anzeichen von Gefahr sofort Alarm zu schlagen. Man kann das verstehen, wenn man sich vor Augen führt, dass Menschen mit paranoider Persönlichkeitsstörung meistens massive Grenzverletzungen erfahren haben. Das zweite unbefriedigt gebliebene Motiv ist also die Unverletzlichkeit der eigenen Grenzen. Die Betroffenen haben nicht den Schutz und die Fürsorge erlebt, die sie gebraucht hätten und haben daraus für sich die Konsequenz gezogen, ihre Grenzen künftig selbst zu schützen. Und damit sie nie wieder erleben müssen, dass ihre Grenzen nicht geachtet werden, versuchen sie, bereits kleinsten Anfängen zu wehren und sich nichts vormachen zu lassen.



Menschen mit einer passiv-aggressiven Persönlichkeitsstörung entziehen sich vielen Anforderungen durch Vermeiden oder Verzögern.

Eine andere Form, auf Grenzverletzungserfahrungen in der Vorgeschichte zu reagieren, ist die passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung, die auch als nativistische Persönlichkeitsstörung bezeichnet wird. Diese Kategorie ist umstritten, sie kommt in manchen Diagnosemanualen nicht vor, weil nicht klar ist, ob es sich wirklich um ein eigenständiges Krankheitsbild handelt. Da man aber im Alltag häufiger auf einen passiv-aggressiven Verarbeitungsstil trifft, soll dieser kurz dargestellt werden. Menschen mit passiv-aggressivem Muster haben ebenso wie Menschen mit paranoider Persönlichkeitsstörung die Erfahrung von Grenzverletzungen machen müssen. Auch sie gehen davon aus, ungerecht behandelt und vor allem übermäßig in die Pflicht genommen und belastet zu werden. Aber im Gegensatz zu Menschen mit paranoider Persönlichkeitsstörung haben sie nicht gelernt, sich dagegen zu wehren. Im Gegenteil: Sie haben die Erfahrung gemacht, dass alles nur noch schlimmer wird und es nichts bringt, wenn sie versuchen, sich zu wehren. Stattdessen verfolgen sie gewissermaßen eine verdeckte Sabotagestrategie. Wenn sie mit einer Anforderung konfrontiert werden, der sie sich nicht gewachsen fühlen, sagen sie dies nicht offen, sondern gehen vordergründig durchaus darauf ein. Tatsächlich kommt aber im-

mer etwas dazwischen: Sie werden krank, der Bus hat Verspätung, eine andere dringende Angelegenheit hat sie abgehalten etc. Sie zeigen sich vergesslich, unpünktlich und widersetzen sich durch Vermeiden und Verzögern privaten und beruflichen Anforderungen. Wenn eine solche Vermeidungsstrategie über längere Zeit aufrechterhalten wird, sollte darüber nachgedacht werden, ob dahinter das Bedürfnis steckt, sich vor Überforderung zu schützen.

Schizoide Persönlichkeitsstörung

☞ Menschen mit schizoider Persönlichkeitsstörung legen nur wenig Wert auf Kontakt zu anderen Menschen.

Menschen mit schizoider Persönlichkeitsstörung sind Einzelgänger. Sie sind zufrieden, wenn sie für sich allein arbeiten und leben können. Einzelarbeitsplätze sind ideal für sie und sie bevorzugen Unternehmungen, die sie allein ausführen können. Das Zusammensein mit anderen Menschen scheint ihnen generell wenig zu geben, sie reagieren scheinbar ungerührt auf soziale Interaktionen, auf Kritik ebenso wie auf Lob oder freundliche Rückmeldung. Betroffene wirken emotionslos und gleichgültig, was oft zur Folge hat, dass andere Menschen im Kontakt mit ihnen ebenfalls kaum Emotionen zeigen. Menschen mit schizoider Persönlichkeitsstörung werden meist nur dann als schwierig erlebt, wenn sie gezwungen sind, mit anderen zusammen zu arbeiten oder zu leben, beispielsweise in einem Team oder einer WG. Sich ständig auf andere einstellen zu müssen, überfordert und verärgert die Betroffenen.
Bei Menschen mit schizoider Persönlichkeitsstörung weiß man nie genau, ob ihnen soziale Kontakte wirklich so gleichgültig sind, oder ob sie nur irgendwann aufgegeben haben, als sie gemerkt haben, dass es für sie schwer ist, Kontakte aufzubauen und aufrechtzuerhalten. Sie haben gelernt, allein zurechtzukommen, und nun wollen sie auch keine Kontakte mehr, sondern in Ruhe gelassen werden. Dadurch ziehen sich ihre Mitmenschen noch weiter zurück und ein Teufelskreis entsteht: Menschen mit schizoider Persönlichkeitsstörung haben fast keine Kontakte mehr zu anderen Menschen, dadurch haben sie auch keine Gelegenheit, soziale Kompetenzen zu erwerben und verkriechen sich immer mehr in ihr Schneckenhaus.

Hintergründe

Für Persönlichkeitsstörungen gibt es keine klare, eindeutige Ursache. Es reicht schon, sich vor Augen zu führen, wie unterschiedlich die einzelnen Persönlichkeitsstörungen sind, um zu verstehen, dass

sie nicht alle dieselbe Ursache haben können. Man nimmt auch bei Persönlichkeitsstörungen an, dass sie durch mehrere Faktoren verursacht werden. An erster Stelle stehen dabei die psychosozialen Faktoren: Ungünstige Bindungsstile der Eltern, psychische Probleme der Eltern, ungünstige Erziehungsstile, ein ängstliches oder leicht erregbares Temperament des Kindes, fehlender sozialer Rückhalt und kritische, traumatische Ereignisse sind wichtige Auslöser einer erhöhten Vulnerabilität. Genetische und somatische Ursachen lassen sich dagegen nur für einzelne Persönlichkeitsstörungen finden, vor allem für die dissoziale Persönlichkeitsstörung. Insgesamt kann man sagen, dass das Zusammenspiel von ungünstigen Umgebungsbedingungen und einer gewissen Labilität der Person die Entstehung einer Persönlichkeitsstörung begünstigt. Welche Faktoren das genau sind und warum sie im Einzelfall zu einer Persönlichkeitsstörung und nicht etwa zu einer anderen psychischen Erkrankung führen, ist nicht abschließend geklärt.
Im Folgenden soll ein Modell von Sachse (2006) erläutert werden, das die Entstehung der besonderen Interaktionsmuster von Menschen mit Persönlichkeiten erklärt. Es ist nicht durch wissenschaftliche Studien abgesichert, aber es hilft, die Klienten besser zu verstehen.

BEISPIEL

Sascha kann machen, was er will, er fällt einfach nicht auf in der Familie. Sein älterer Bruder ist ein toller Sportler, seine kleine Schwester sehr hübsch. Er ist aber einfach nichts Besonderes. Seine Eltern erzählen Nachbarn und Bekannten stolz von den sportlichen Erfolgen des Bruders und zeigen Fotos der kleinen Schwester. Von Sascha erzählen sie nichts. Doch als er eines Tages mit einer Eins in Mathe nach Hause kommt, ändert sich das: Seine Mutter erzählt am Telefon ihrer Freundin, dass ihr Sohn als Einziger in seiner Klasse eine Eins in Mathe geschrieben hat und sein Vater sagt beim Abendessen, wie stolz er auf ihn sei. Sascha freut sich und beschließt, noch mehr zu lernen als bisher und sich noch mehr anzustrengen, um immer der Beste zu sein. ✖

Wir haben bereits gesehen, dass Motive, die unbefriedigt bleiben, sehr wichtig für unser Handeln bleiben. Menschen mit Persönlichkeitsstörungen lernen irgendwann, durch bestimmte Verhaltensweisen doch zu bekommen, was sie brauchen. So wie Sascha in unserem Beispiel feststellt, dass er durch hervorragende Leistungen Anerkennung bekommen kann. Daraus entwickelt sich gewissermaßen eine Überlebensstrategie: Ich muss der Beste sein, dann ist

mir die Anerkennung meiner Eltern sicher! Diese Strategie wird sich für Sascha zunächst sehr gut anfühlen, hat er doch nun einen Schlüssel gefunden zur Anerkennung seiner Eltern. Das Dilemma ist jedoch, dass er diese Anerkennung ja nicht für sich als Person bekommt, so wie er ist, sondern nur, wenn er der Beste ist. Das muss nicht wirklich so sein, aber Sascha erlebt es so: Aus seiner Sicht ist er nur wertvoll und in Ordnung, wenn er der Beste ist. Wenn diese Strategie über viele Jahre hinweg durchgehalten wird, auch noch im Erwachsenenalter, wenn Sascha längst beruflich erfolgreich ist und nicht mehr auf die Anerkennung seiner Eltern angewiesen, dann spricht man von einer Persönlichkeitsstörung, in diesem Fall von einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung.

Menschen mit Persönlichkeitsstörungen verwenden **Strategien**, um die unerfüllt gebliebenen Motive doch noch zu befriedigen. Sie haben gelernt, dass es nichts bringt, offen zu sagen, was sie brauchen oder sich wünschen. Stattdessen müssen sie verdeckte Strategien einsetzen. Sie zeigen besondere Leistungen, um Anerkennung zu bekommen. Sie machen sich unentbehrlich für andere, um nicht verlassen zu werden. Sie zeigen sich wehrhaft und angriffslustig, um ihre Grenzen zu schützen. Sie wollen auffallen um jeden Preis, um zu erleben, dass sie wichtig sind. Und zunächst funktionieren diese Strategien auch sehr gut, sie sind gewissermaßen die Rettung für die jungen Menschen. Darum ist es später für Menschen mit Persönlichkeitsstörungen fast unmöglich, zu erkennen, dass sie ihre Schwierigkeiten zum größten Teil selbst verursachen. Wie kann denn eine Strategie, die sich zunächst so gut bewährt hat, plötzlich selbst zum Problem geworden sein?

Die besondere Tragik besteht nun darin, dass Menschen mit Persönlichkeitsstörungen durch ihre Strategien zwar ihre Motive befriedigen, aber eben immer nur durch ihre Strategien. Wenn Sascha nicht mehr der Beste ist, wird er die Anerkennung seiner Eltern sofort wieder verlieren. Wenn Sven seinem Betreuer eine Verspätung von fünf Minuten durchgehen lässt, wird dieser schon in wenigen Wochen Stunden zu spät kommen. Wenn Ines ihre Mitbewohnerin darauf anspricht, dass sie ihr mehr Geld zum Einkaufen geben muss, wird diese sich sofort gegen sie stellen. Und Edith muss sich jeden Tag aufs Neue etwas einfallen lassen, um nicht übersehen zu werden. Wir können uns vorstellen, wie anstrengend das Leben für Menschen mit Persönlichkeitsstörungen ist. Die Betroffenen können ihre Strategien nicht ablegen, auch wenn sie sich dadurch viele Schwierigkeiten einhandeln. Sie sind gezwungen, das starre, unflexible Verhaltensmuster immer zu wiederholen. Teilweise haben sie ihr Leben lang ihre Strategien eingeübt und haben schlicht keinerlei Übung mehr darin, sich anders, authentisch zu verhalten.

Menschen mit Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich nicht grundsätzlich von Menschen mit einer gesunden Persönlichkeit, die Unterschiede sind eher graduell. Die Motive, nach denen sie streben, sind dieselben, nach denen alle anderen Menschen auch streben. Und jeder Mensch setzt gelegentlich Strategien ein, um ein Ziel zu erreichen oder um bei anderen einen bestimmten Eindruck zu erwecken. Niemand geht unvorbereitet zu einem ersten Date oder zu einem Vorstellungsgespräch. Jeder Verkäufer setzt gezielte Strategien ein und die meisten Käufer ebenso. Der Unterschied zu Menschen mit Persönlichkeitsstörungen ist nur, dass diese ihre Strategien immer und unterschiedslos in jeder Situation einsetzen und nicht nur gezielt in Situationen, in denen sie etwas Bestimmtes erreichen möchten. Für sie geht es in jeder Situation ums Ganze. Sie können es sich nicht leisten, unvorbereitet und planlos mit anderen zusammen zu arbeiten oder zu leben. Dies bedeutet nicht, dass die Betroffenen andere Menschen permanent manipulieren möchten. Es bedeutet nur, dass sie ihre Überlebensstrategie anwenden, weil sie nicht anders können.

Auslöser für den Einsatz von Strategien sind häufig ungünstige Annahmen, die Menschen mit Persönlichkeitsstörungen über sich selbst oder über Beziehungen haben. Solche Annahmen nennt man **Schemata**. Schemata zeichnen sich dadurch aus, dass sie nicht so leicht veränderbar sind. Sie bestehen aus Annahmen und Überzeugungen, die wir im Laufe des Lebens gewonnen haben. Wir haben ein bestimmtes Bild davon, wie wir selbst sind (Selbstschemata) und was wir über Beziehungen zu anderen Menschen denken (Beziehungsschemata). Und diese Annahmen werfen wir nicht so leicht über Bord. Es ist schwer, uns davon zu überzeugen, dass unsere Schemata vielleicht gar nicht stimmen. Das gilt für alle Menschen. Die Besonderheit bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen ist, dass ihre Schemata überwiegend negativ gefärbt sind:

Selbstschemata, z. B. »Ich bin nicht in Ordnung!« bei narzisstischen Persönlichkeitsstörungen oder »Ich bin nicht wichtig!« bei histrionischen Persönlichkeitsstörungen;

Beziehungsschemata, z. B. »Auf andere kann man sich nicht verlassen!« bei dependenten Persönlichkeitsstörungen oder »Andere sind mir grundsätzlich übel gesonnen!« bei paranoiden Persönlichkeitsstörungen.

Bezugspersonen aktivieren Schemata.

Solche Schemata werden durch Bezugspersonen ausgelöst und zwar umso häufiger, je bedeutungsvoller eine Person für den Klienten ist. Dabei spielt es keine Rolle, wie die Bezugsperson sich tatsächlich verhält. Menschen mit Persönlichkeitsstörungen werden immer annehmen, dass sie übersehen werden, übers Ohr gehauen oder ausgenutzt, egal, ob dies gerade tatsächlich der Fall ist oder nicht. Für Fachkräfte ist es deshalb wichtig, gelassen zu bleiben, wenn sie mit Vorwürfen von Klienten mit Persönlichkeitsstörungen konfrontiert werden. Sicherlich ist es immer sinnvoll, das eigene Verhalten zu hinterfragen. In vielen Fällen wird man aber feststellen, dass man nichts falsch gemacht, sondern eher etwas über die Schemata des Klienten gelernt hat, darüber, was er über sich selbst und seine Beziehungen zu anderen Menschen denkt.

Die Strategien, die Menschen mit Persönlichkeitsstörungen einsetzen, haben laut SACHSE (2006) drei Bestandteile: **Images**, **Appelle** und **Tests**. Was bedeutet das?

Menschen mit Persönlichkeitsstörungen sind ganz selten vom ersten Tag der Interaktion an schwierig. Meist haben Fachkräfte anfangs den Eindruck, der Klient sei besonders freundlich, hilfsbereit, unproblematisch oder zuverlässig. Dieses **Image**, der erste Eindruck, den ein Klient bei einer neuen Fachkraft erzeugt, entsteht in der Regel nicht zufällig. Die Klienten möchten ein bestimmtes Bild von sich erzeugen. Welches Bild das ist, hängt davon ab, welches Motiv unbefriedigt geblieben ist und welche Art von Persönlichkeitsstörung der Klient hat. Wer sich besonders bedauernswert und schutzlos darstellt, möchte möglicherweise Vorkehrungen treffen, um nicht überfordert zu werden. Wer angriffslustig und vorwurfsvoll erscheint, macht deutlich, dass er sich nichts gefallen lässt. Und wer besonders leistungsfähig und selbständig wirkt, kämpft möglicherweise um Autonomie und möchte deutlich machen, dass er auch alleine gut klar kommt.

Nachdem Klienten bei einer neuen Bezugsperson ein bestimmtes Bild von sich erzeugt haben, gehen sie in der Regel dazu über, klar und deutlich zu formulieren, wie die Bezugsperson sich verhalten soll. Fachkräfte fühlen sich durch solche **Appelle** oft manipuliert. Und selbstverständlich sollte man solche Appelle nicht einfach unkritisch befolgen. Aber es kann wichtige Hinweise für das Verständnis der Klienten geben, wenn wir die Appelle bewusst wahrnehmen. »Beachte mich, nimm mich wichtig!« ist ein Hinweis auf eine histrionische Persönlichkeitsstruktur, »Finde mich toll und lobe meine Leistung!« äußern narzisstische Persönlichkeiten. »Pass bloß auf, wie du mit mir umgehst!« ist der Appell der paranoiden Persönlichkeiten und »Verlass mich niemals, ich tue auch alles für dich« hören wir mehr oder weniger deutlich von einer Klientin mit dependenter Persönlichkeitsstörung.



Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung testen mitunter ihre Bezugspersonen.

Während Images und Appelle unterschiedliche Formen annehmen können, je nachdem, welche Persönlichkeitsstörung ein Klient hat, fallen **Tests** in der Regel unspezifisch aus. Menschen mit Persönlichkeitsstörungen testen ihre Bezugspersonen. Das macht die Zusammenarbeit mit ihnen mitunter so schwierig und dramatisch. Dabei dienen Tests niemals dazu, eine Bezugsperson wirklich zu verletzen oder gar los zu werden. Sie dienen einzig und allein dem Zweck, zu sehen, wie eine wichtige Bezugsperson reagiert, wenn sie emotional unter Druck gerät. Die Methoden, die bei Tests angewandt werden, sind unterschiedlich. Fachkräfte können dazu gebracht werden, sich große Sorgen um den Klienten zu machen. Sie können vor anderen bloßgestellt, beschuldigt oder provoziert werden. Letztlich geht es immer darum, zu sehen, was passiert, wenn die Bezugsperson aus der Fassung gerät. Klienten mit Persönlichkeitsstörungen müssen ihre Bezugspersonen testen, jedenfalls dann, wenn diese Bezugspersonen wichtig für sie geworden sind. Sie müssen wissen, ob sie sich im Zweifelsfall auf ihre Bezugsperson verlassen können, oder ob sie fallen gelassen werden, wenn es schwierig wird. Zwar haben Menschen mit Persönlichkeitsstörungen in der Regel keine Einsicht in ihre Problematik, sie erkennen nicht, dass sie sich viele ihrer Schwierigkeiten selbst verursachen. Aber ihnen ist durchaus bewusst, dass sie oft in schwierige und dramatische Situationen verwickelt sind und dass sie schon viele Beziehungsabbrüche erlebt haben, oft irgendwo rausgeworfen worden sind etc. Bevor sie sich also an eine neue Bezugsperson binden, bevor sie zulassen, dass die neue Fachkraft Bedeutung für sie bekommt, müssen sie testen, ob sie gleich wieder fallen gelassen werden oder ob die Bezugsperson emotionale Turbulenzen aushält. Fachkräfte müssen deshalb Tests einfach nur überstehen. Sie werden anfangs häufiger und später seltener auftreten. Meistens verschwinden sie nicht ganz, sondern werden in teilweise großen zeitlichen Abständen wiederholt.

Was hilft im Alltag?

Die Therapie mit Psychopharmaka spielt bei Persönlichkeitsstörungen in der Regel eine untergeordnete Rolle. Auch die Selbsthilfebewegung ist bei Persönlichkeitsstörungen – abgesehen von der Borderline-Persönlichkeitsstörung – nicht sehr ausgeprägt. Das hat damit zu tun, dass Menschen mit Persönlichkeitsstörungen sich meistens nicht als krank erleben und nicht erkennen können, welchen eigenen Anteil sie am Zustandekommen all ihrer Schwierigkeiten haben. Entsprechend suchen sie die Ursache ihrer Probleme eher in ihrer Umgebung, bei anderen Menschen. Die Betroffenen suchen eher wegen kritischer Situationen in ihrem Leben therapeutische Hilfe oder wenn sich zusätzlich zur Persönlichkeitsstörung eine weitere psychische Erkrankung eingestellt hat, beispielsweise eine Depression. Die Klienten bei der Lösung ihrer zwischenmenschlichen Konflikte und all ihrer Probleme zu beraten, ohne zunächst Einsicht in deren eigene Anteile zu erwarten, ist der wichtigste Beitrag, den Fachkräfte zur Selbsthilfe und Unterstützung von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen leisten können.

Hilfreicher Umgang

Menschen mit Persönlichkeitsstörungen haben gelernt, sich in entscheidenden Entwicklungsphasen ihres Lebens aus schwierigen Konstellationen zu retten, indem sie Strategien des Überlebens entwickelt haben. Sie haben Strategien, um ihre Grenzen zu schützen, um Autonomie zu wahren, um Anerkennung und das Gefühl von Wichtigkeit zu bekommen, um andere an sich zu binden oder um Zugehörigkeit und Solidarität zu erleben. Leider fällt es anderen Menschen meist sehr schwer, diese Strategien als das zu sehen, was sie sind: Rettungsanker heillos überforderter junger Menschen, die beibehalten wurden, weil sie sich irgendwann einmal bewährt hatten, auch wenn sie sich heute überhaupt nicht mehr bewähren. Im Gegenteil: Die meisten Bezugspersonen von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen – Fachkräfte ebenso wie Angehörige oder Bekannte – reagieren verärgert auf die stereotypen, oft unangemessenen und ungerechtfertigten Verhaltensweisen der Betroffenen. Durch dieses ablehnende, ärgerliche Verhalten heizen sie die Eskalation aber weiter an: Menschen mit Persönlichkeitsstörungen sehen sich erneut bestätigt darin, dass anderen Menschen nicht zu trauen ist, dass sie sich freiwillig nicht freundlich und wohlwollend

verhalten werden und es deshalb unerlässlich ist, die bewährten Strategien auch weiter einzusetzen. Die Betroffenen intensivieren also ihr Problemverhalten, ihre Umgebung reagiert noch verärgerter und der typische Teufelskreis nimmt seinen Lauf.



Glauben Sie an Veränderung!

Früher dachte man, dass die Persönlichkeitsentwicklung mit dem Eintritt ins Erwachsenenalter im Wesentlichen abgeschlossen sei. Heute weiß man, dass das nicht stimmt. Menschen können ihre Persönlichkeit bis ins hohe Alter hinein weiterentwickeln und verändern. Auch Menschen mit Persönlichkeitsstörungen können das. Die Veränderungen brauchen allerdings viel Zeit. Es ist die professionelle Aufgabe der Fachkräfte, an diese Fähigkeit zur Weiterentwicklung zu glauben und den Klienten die notwendige Zeit dafür auch zu geben.

Lange Zeit galten Menschen mit Persönlichkeitsstörungen als nicht therapierbar. Ihnen wurde unterstellt, nicht motiviert zu sein, da sie keine Einsicht in ihre Problematik hätten. Sie galten als widerständige, uneinsichtige Klienten, die häufig Therapien abbrachen. Tatsächlich müssen Fachkräfte mit persönlichkeitsgestörten Menschen anders umgehen und anders arbeiten als mit anderen Klienten. Unerlässliche Voraussetzung ist ein verstehender Zugang, der sich auf die Sichtweise des Klienten einlässt und versucht, das heute hochproblematische Verhalten vor dem Hintergrund der Biografie des Klienten als ursprünglich sinnvolle Überlebensstrategie einzuordnen und auch wertzuschätzen. Wenn es gelingt, den Klienten in diesem Sinne auf Augenhöhe zu begegnen, profitieren sie sehr von therapeutischer Unterstützung und Beratung durch Fachkräfte. Sie werden dann in die Lage versetzt, zwischenmenschliche Konfliktsituationen zu entschärfen und Probleme zu lösen. Einsicht in die eigenen Anteile ist dabei niemals die Voraussetzung einer therapeutischen Allianz, aber eines ihrer Ziele.



Betroffene dürfen selbst entscheiden, ob und wann sie ihr Verhalten ändern.

Jeder Mensch hat ein Grundrecht auf freie Entfaltung seiner Persönlichkeit (Grundgesetz, Artikel 2, Absatz 1). Dieses gesetzlich verankerte Recht gilt auch für Menschen mit Persönlichkeitsstörungen. Umgekehrt ist niemand gesetzlich verpflichtet, ein sympathischer Mensch zu sein. Man darf durchaus unfreundlich, rücksichtslos, konfliktunfähig und einzelgängerisch sein, so lange man nicht mit dem Gesetz in Konflikt gerät. Es ist daher nicht Aufgabe der Fachkräfte, den Klienten deutlich zu machen, dass sie an sich arbeiten oder sich grundlegend ändern sollten. Diese Einsicht ist bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen nicht zu erwarten und es ist absolut kontraproduktiv, darauf zu pochen. Mit Recht

Was hilft im Alltag?

Die Therapie mit Psychopharmaka spielt bei Persönlichkeitsstörungen in der Regel eine untergeordnete Rolle. Auch die Selbsthilfebewegung ist bei Persönlichkeitsstörungen – abgesehen von der Borderline-Persönlichkeitsstörung – nicht sehr ausgeprägt. Das hat damit zu tun, dass Menschen mit Persönlichkeitsstörungen sich meistens nicht als krank erleben und nicht erkennen können, welchen eigenen Anteil sie am Zustandekommen all ihrer Schwierigkeiten haben. Entsprechend suchen sie die Ursache ihrer Probleme eher in ihrer Umgebung, bei anderen Menschen. Die Betroffenen suchen eher wegen kritischer Situationen in ihrem Leben therapeutische Hilfe oder wenn sich zusätzlich zur Persönlichkeitsstörung eine weitere psychische Erkrankung eingestellt hat, beispielsweise eine Depression. Die Klienten bei der Lösung ihrer zwischenmenschlichen Konflikte und all ihrer Probleme zu beraten, ohne zunächst Einsicht in deren eigene Anteile zu erwarten, ist der wichtigste Beitrag, den Fachkräfte zur Selbsthilfe und Unterstützung von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen leisten können.

Hilfreicher Umgang

Menschen mit Persönlichkeitsstörungen haben gelernt, sich in entscheidenden Entwicklungsphasen ihres Lebens aus schwierigen Konstellationen zu retten, indem sie Strategien des Überlebens entwickelt haben. Sie haben Strategien, um ihre Grenzen zu schützen, um Autonomie zu wahren, um Anerkennung und das Gefühl von Wichtigkeit zu bekommen, um andere an sich zu binden oder um Zugehörigkeit und Solidarität zu erleben. Leider fällt es anderen Menschen meist sehr schwer, diese Strategien als das zu sehen, was sie sind: Rettungsanker heillos überforderter junger Menschen, die beibehalten wurden, weil sie sich irgendwann einmal bewährt hatten, auch wenn sie sich heute überhaupt nicht mehr bewähren. Im Gegenteil: Die meisten Bezugspersonen von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen – Fachkräfte ebenso wie Angehörige oder Bekannte – reagieren verärgert auf die stereotypen, oft unangemessenen und ungerechtfertigten Verhaltensweisen der Betroffenen. Durch dieses ablehnende, ärgerliche Verhalten heizen sie die Eskalation aber weiter an: Menschen mit Persönlichkeitsstörungen sehen sich erneut bestätigt darin, dass anderen Menschen nicht zu trauen ist, dass sie sich freiwillig nicht freundlich und wohlwollend

verhalten werden und es deshalb unerlässlich ist, die bewährten Strategien auch weiter einzusetzen. Die Betroffenen intensivieren also ihr Problemverhalten, ihre Umgebung reagiert noch verärgerter und der typische Teufelskreis nimmt seinen Lauf.



Glauben Sie an Veränderung!

Früher dachte man, dass die Persönlichkeitsentwicklung mit dem Eintritt ins Erwachsenenalter im Wesentlichen abgeschlossen sei. Heute weiß man, dass das nicht stimmt. Menschen können ihre Persönlichkeit bis ins hohe Alter hinein weiterentwickeln und verändern. Auch Menschen mit Persönlichkeitsstörungen können das. Die Veränderungen brauchen allerdings viel Zeit. Es ist die professionelle Aufgabe der Fachkräfte, an diese Fähigkeit zur Weiterentwicklung zu glauben und den Klienten die notwendige Zeit dafür auch zu geben.

Lange Zeit galten Menschen mit Persönlichkeitsstörungen als nicht therapierbar. Ihnen wurde unterstellt, nicht motiviert zu sein, da sie keine Einsicht in ihre Problematik hätten. Sie galten als widerständige, uneinsichtige Klienten, die häufig Therapien abbrachen. Tatsächlich müssen Fachkräfte mit persönlichkeitsgestörten Menschen anders umgehen und anders arbeiten als mit anderen Klienten. Unerlässliche Voraussetzung ist ein verstehender Zugang, der sich auf die Sichtweise des Klienten einlässt und versucht, das heute hochproblematische Verhalten vor dem Hintergrund der Biografie des Klienten als ursprünglich sinnvolle Überlebensstrategie einzuordnen und auch wertzuschätzen. Wenn es gelingt, den Klienten in diesem Sinne auf Augenhöhe zu begegnen, profitieren sie sehr von therapeutischer Unterstützung und Beratung durch Fachkräfte. Sie werden dann in die Lage versetzt, zwischenmenschliche Konfliktsituationen zu entschärfen und Probleme zu lösen. Einsicht in die eigenen Anteile ist dabei niemals die Voraussetzung einer therapeutischen Allianz, aber eines ihrer Ziele.



Betroffene dürfen selbst entscheiden, ob und wann sie ihr Verhalten ändern.

Jeder Mensch hat ein Grundrecht auf freie Entfaltung seiner Persönlichkeit (Grundgesetz, Artikel 2, Absatz 1). Dieses gesetzlich verankerte Recht gilt auch für Menschen mit Persönlichkeitsstörungen. Umgekehrt ist niemand gesetzlich verpflichtet, ein sympathischer Mensch zu sein. Man darf durchaus unfreundlich, rücksichtslos, konfliktunfähig und einzelgängerisch sein, so lange man nicht mit dem Gesetz in Konflikt gerät. Es ist daher nicht Aufgabe der Fachkräfte, den Klienten deutlich zu machen, dass sie an sich arbeiten oder sich grundlegend ändern sollten. Diese Einsicht ist bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen nicht zu erwarten und es ist absolut kontraproduktiv, darauf zu pochen. Mit Recht

wehren sich die Klienten gegen Versuche, ihre Persönlichkeit gegen ihren Willen zu verändern oder zumindest zum Thema von Veränderungsversuchen zu machen. Der Widerstand der Klienten wird in der Regel als weiterer Beleg dafür gewertet, dass es sich um eine Persönlichkeitsstörung handelt. Der sich anschließende Teufelskreis endet meist mit einem Abbruch der Arbeitsbeziehung, der von den Fachkräften mit mangelnder Einsicht, fehlender Motivation oder ungenügender Veränderungsbereitschaft des Klienten begründet wird. Dabei sind Menschen mit Persönlichkeitsstörungen durchaus bereit und in der Lage, sich zu verändern und an sich zu arbeiten. Wie alle anderen Menschen auch, möchten sie aber selbst entscheiden, ob und wann sie dies tun.
Auf der anderen Seite haben Menschen mit Persönlichkeitsstörungen meist jede Menge Schwierigkeiten mit ihren Mitmenschen, beispielsweise mit Kollegen oder in Beziehungen, in der Bewältigung von Veränderungen am Arbeitsplatz, nach einem Umzug oder in der Übernahme sozialer Rollen. Wegen all dieser Schwierigkeiten suchen die Klienten durchaus Hilfe und Unterstützung bei Fachkräften. Nur kommen sie eben nicht mit dem Wunsch, an sich selbst zu arbeiten, sondern sie möchten, dass die anderen sich verändern. Fachkräfte sollten diese Wünsche aufgreifen und die Klienten zunächst in ihrer Sicht des Problems unterstützen, um überhaupt erst einmal einen Zugang zu ihnen zu bekommen. Eigentlich ist das gar nicht so schwer:

BEISPIEL

»Sie fühlen sich von Ihrem Chef zu wenig beachtet? Lassen Sie uns überlegen, was Sie tun könnten, damit er Sie mehr beachtet.«
»Sie haben also das Gefühl, Ihre Kollegen arbeiten zu wenig und Sie müssen es dann ausbaden? Was müsste sich denn an den Arbeitsabläufen ändern, damit das nicht mehr passieren kann?« ✕



Versuchen Sie, die Überlebensstrategien Ihrer Klienten zu verstehen und anzuerkennen.

Darauf aufbauend sollte als Nächstes eine **Positivierung** erfolgen: Es muss der Fachkraft gelingen, sich empathisch in die Motive des Klienten einzufühlen und diese als sinnvoll zu würdigen. Wenn dies glückt, ist das der entscheidende Schritt, um Zugang zu schwierigen Klienten zu bekommen. Auch für die Klienten ist es oft ungeheuer erleichternd, wenn jemand — vielleicht sogar zum ersten Mal seit Jahren — versucht, einen positiven Sinn in ihrem Verhalten zu sehen. Aber natürlich ist das nicht einfach bei Klienten, die teilweise schon seit langer Zeit Verhaltensweisen zeigen, die vom gesamten Team als äußerst schwierig angesehen werden. In der Regel können solche Verhaltensweisen nicht als positiv oder sinnvoll angesehen werden. Entscheidend ist aber, das dahinterliegende Motiv zu verstehen und dieses wertzuschätzen.

BEISPIELE

Die 20-jährige Sarah verhält sich in ihrer WG regelmäßig äußerst unangepasst. Sie hält sich an keine Regeln, provoziert die Betreuer und wird immer wieder für kurze Zeit in eine psychiatrische Klinik aufgenommen. Kaum ist sie dort, ruft sie mehrmals täglich ihre Betreuerin an und äußert panische Angst, endgültig rausgeworfen zu werden. Die Betreuerin weiß aus der Biografie in Sarahs Akten, dass Sarah als Kind wenig Verlässlichkeit erlebt hat und nun testen möchte, wie weit sie ihrem Umfeld trauen kann, wie viel Sicherheit es ihr bietet. Ihre Betreuerin bestärkt sie darin, dass sie ein Recht auf Verlässlichkeit hat und es richtig ist, diese einzufordern. Im Gespräch wird deutlich, dass Sarah gar nicht genau weiß, unter welchen Umständen sie tatsächlich aus der WG geworfen würde. Die Betreuerin und Sarah klären ganz detailliert, unter welchen Umständen sie bleiben kann und wann sie die WG verlassen müsste. Der Rahmen wird schriftlich festgehalten. Dadurch kann Sarah etwas mehr Vertrauen fassen. ✕

Pasqual zeigt sich in seiner beruflichen Trainingsmaßnahme sehr ehrgeizig. Immer wieder fordert er von den Betreuern, weiterführende Schritte mit ihm zu planen. Wenn jedoch ein konkreter Schritt ansteht, er beispielsweise ein Praktikum in einer Firma antreten soll, sagt er kurz vorher alles ab. Nachdem dies mehrfach in Folge passiert ist, ist das Team äußerst verärgert und fühlt sich von ihm an der Nase herumgeführt. Aus einem Bericht seiner früheren Psychotherapeutin erfährt das Team, dass Pasqual unter schwierigen Bedingungen groß geworden ist. So wird verstehbar, dass er einerseits zu wenig Anerkennung für seine Leistungen bekommen hat und deshalb immer ehrgeizig mehr erreichen möchte. Auf der anderen Seite hat er aber auch erhebliche Grenzverletzungen erlebt und ist nun darauf bedacht, sich vor Überforderung und Grenzverletzung zu schützen. Zwischen diesen beiden Polen hin und her schwankend, gelingt es ihm nicht, eine klare Linie einzuhalten. Die Betreuer, die zuvor noch verärgert waren, signalisieren ihren Respekt für diese schwierige Balance, die Pasqual zu leisten hat und versprechen, ihn künftig bei dieser Gratwanderung sehr vorsichtig zu unterstützen. ✕

Die Motive des Klienten zu verstehen, heißt nicht, seine Methoden und Strategien gutzuheißen. Sie können durchaus kritisch mit den Klienten diskutiert werden. Wichtig ist aber ein verstehender

Zugang auf der Ebene der Motive, der meistens gelingt, da die Klienten keine anderen Motive verfolgen als andere Menschen auch. Ziel ist es, dem Klienten die Motive zu belassen, aber gemeinsam mit ihm zu überlegen, wie er sie auf einem anderen, sozial verträglicheren Weg befriedigen kann. Fachkräften schaffen es auf diese Weise, Verhaltensweisen von Klienten nicht so persönlich zu nehmen.

Häufig werden den Klienten nach einiger Zeit nur noch negative Motive unterstellt: »Der will mich provozieren!«, »Die denkt, alles dreht sich nur um sie« oder Ähnliches. Zu verstehen, dass es eigentlich beispielsweise um Autonomie, um Anerkennung oder um die Unverletzlichkeit der eigenen Grenzen für den Klienten geht, kann auch auf Fachkräfte entspannend wirken und wieder den Weg frei machen für kreative Lösungsideen.

Verschaffen Sie sich Beziehungskredit!

Wer die zentralen Motive eines Klienten mit Persönlichkeitsstörung verstanden hat, kann **Beziehungskredit** aufbauen. Beziehungskredit bekommt man, indem man die zentralen Motive befriedigt. Wer sich Anerkennung wünscht, bekommt sie, wer Aufmerksamkeit benötigt, wird wichtig genommen, wer seine Grenzen schützen muss, bekommt Schutz und wer Angst hat, verlassen zu werden, erfährt Verlässlichkeit. Durch Befriedigung der zentralen Motive des Klienten verbessern Fachkräfte die Beziehung zum Klienten. Sie hat Bedeutung für ihn und wird tragfähiger. Es ist wichtig zu wissen, dass dieser Aufbau von Beziehungskredit nur die erste Stufe ist. Die gute Beziehung allein führt nicht zu einer Veränderung. Egal, wie lange Sie Ihre Klienten wichtig nehmen, schützen oder sich verlässlich zeigen – es wird nie dazu führen, dass es irgendwann genug ist.



Jene Fachkraft mit dem größten Beziehungskredit hat die Aufgabe, den Klienten mit seinen Strategien zu konfrontieren.

Das liegt daran, dass die Klienten davon ausgehen, nur durch Einsatz ihrer Strategien und nicht durch authentisches Verhalten zu bekommen, was sie brauchen. Es ist deshalb notwendig, dass Fachkräfte, aufbauend auf dem Beziehungskredit, ihre Klienten mit ihren Strategien konfrontieren. Die **Konfrontation** muss von jener Fachkraft ausgehen, die die beste Beziehung zum Klienten hat, den größten Beziehungskredit. Manchmal neigen Teams dazu, die Rollen anders zu verteilen. Unangenehme Botschaften und Konfrontationen werden bewusst von einem Teammitglied ohne besondere Beziehung zum Klienten vermittelt, damit die gute Beziehung des hauptsächlich zuständigen Kollegen nicht belastet wird. Das kann aber nicht funktionieren. Menschen mit Persönlichkeitsstörungen sind da nicht anders als andere Menschen auch:

Wenn überhaupt, lassen wir uns unangenehme Botschaften über uns selbst nur von Menschen sagen, die uns wichtig sind, die uns gut kennen und denen wir vertrauen. Botschaften, die von anderen Menschen kommen, können wir ganz leicht ignorieren.



Setzen Sie bei der Konfrontation auf kurze Botschaften und vermeiden Sie Diskussionen darüber.

Beziehungsaufbau und Konfrontation gehören also zusammen. Die Konfrontation sollte allerdings nicht in stundenlangen Diskussionen enden. Menschen mit Persönlichkeitsstörungen sind daran gewöhnt, ihr Verhalten anderen gegenüber rechtfertigen zu müssen und sind in solchen Diskussionen meist überlegen. Statt auf lange Auseinandersetzungen sollten Fachkräfte daher lieber auf kleine, kurze und gezielte Botschaften setzen und deren Wirkung im Lauf der Zeit abwarten, »›den Stachel setzen‹ und stecken lassen!« (Sachse 2006, S. 85). Vielleicht werden Sie als Fachkraft nie erleben, dass der Klient Ihnen explizit recht gibt. Aber möglicherweise beobachten Sie nach einiger Zeit eine Veränderung im Verhalten. Konfrontation auf der Basis einer guten Beziehung ist vermutlich die wirkungsvollste Form, Veränderungen bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen anzuregen.



Bleiben Sie in Ihren emotionalen Reaktionen vorhersehbar für Klienten.

In der Zusammenarbeit mit persönlichkeitsgestörten Menschen ist es sehr wichtig, sich als verlässlicher, emotional greifbarer Interaktionspartner zu präsentieren. Es hat keinen Sinn, sich hinter einer professionellen Fassade zu verschanzen. Für Klienten mit Persönlichkeitsstörungen ist es unerlässlich, die emotionalen Reaktionen der Fachkräfte auch in stressreichen Situationen einschätzen zu können. Aus diesem Grund testen sie ihre Bezugspersonen, bevor sie zulassen, dass jemand Bedeutung für sie erlangt. Je authentischer, emotional spürbarer und klarer eine Fachkraft ist, desto weniger Tests sind erforderlich. Emotionale Klarheit, Transparenz und Authentizität sind auch hilfreich im **Umgang mit eigenen Grenzen** oder beim **Einräumen von Fehlern**.

BEISPIELE

»Ich kann verstehen, dass Sie gerne auch möglichst viel über mein Privatleben wissen möchten. Wahrscheinlich würde mir das an Ihrer Stelle genau so gehen. Aber ich habe mich entschieden, dass es nicht gut ist, wenn ich an meinem Arbeitsplatz zu viel von meiner Familie erzähle. Deshalb möchte ich Ihre Fragen nicht beantworten.« ✖

»Ich habe Ihnen gestern gesagt, dass ich Sie unterstützen werde in Ihrem Streit mit Ihrem Kollegen. Hinterher habe ich noch einmal nachgedacht und gemerkt, dass das falsch von mir war. Ich bin als Gruppenleiterin für Sie und für Ihren Kollegen zuständig und kann

nicht nur Sie allein unterstützen. Es war falsch von mir, Ihnen das zu versprechen. Ich verstehe aber, dass Sie jemanden brauchen, der auf Ihrer Seite steht. Da ich das nicht sein kann, möchte ich gerne mit Ihnen überlegen, wer es stattdessen sein könnte.«

Eigene Grenzen klar zu ziehen, eigene Fehler unumwunden zuzugeben und zu korrigieren, ohne dabei den Klienten einen Vorwurf zu machen – das zeichnet einen emotional greifbaren und authentischen Interaktionspartner aus.

Versuchen Sie, das Umfeld an die Klienten anzupassen.

Ein weiterer vielversprechender Ansatz in der Arbeit mit Menschen, die unter Persönlichkeitsstörungen leiden, besteht darin, nicht sie selbst verändern zu wollen, damit sie besser in ihr Umfeld passen, sondern das **Umfeld** so zu verändern, dass die Klienten gut hineinpassen. Im Gegensatz zu niedergelassenen Therapeuten, die ja immer in ihrer Praxis bleiben und nicht direkt am Leben ihrer Patienten teilhaben, haben Fachkräfte in sozialpsychiatrischen Arbeitsfeldern durchaus die Möglichkeit, gestaltend auf das Umfeld einzuwirken, in dem ihre Klienten leben oder arbeiten. Diese Möglichkeiten sollten im Sinne der Klienten unbedingt genutzt werden. Denn was als schwieriges, unangepasstes Verhalten gilt, hängt nicht nur von den Klienten selbst ab, sondern in entscheidendem Maße auch vom Umfeld, in dem sie sich bewegen. Ein Verhalten, das in einem Umfeld absolut unpassend ist, kann in einem anderen Umfeld genau das richtige sein. In jeder Persönlichkeitsstörung steckt immer auch ein positiver Stil, der uns auf die besonderen Kompetenzen der Klienten verweist. Und alle Klienten mit Persönlichkeitsstörungen haben solche besonderen Kompetenzen, schließlich haben sie teilweise jahrzehntelange Übung in bestimmten Strategien. Wenn man sie nutzt, lässt sich nicht selten beobachten, dass Klienten, die zuvor als schwierig galten, plötzlich gar nicht mehr schwierig sind. Möglichkeiten gibt es viele:

Menschen mit **zwanghafter Persönlichkeitsstörung** sollten niemals in Bereichen arbeiten, in denen es nicht so genau darauf ankommt. Sehr gut geht es ihnen meist in Bereichen, in denen sie gründlich prüfen und überwachen müssen und mit Zahlen zu tun haben. Sie lieben Arbeits- und Wohnumfelder, in denen nicht viel passiert, sich wenig verändert und die andere vielleicht als langweilig abtun. Unkalkulierbare Aktionen vermeiden sie, es ist aber möglich, die Klienten für überschaubarere Aktivitäten zu gewinnen, die nur ein kleines Risiko beinhalten. So würden sie sich vermutlich nicht für eine zweiwöchige Ferienfreizeit anmelden, aber ein zweitägiger Ausflug könnte sie interessieren.

Menschen mit **paranoider Persönlichkeitsstörung** sind äußerst wachsam und scharfsinnig und somit ebenfalls für Prüf- und Überwachungsaufgaben sehr gut geeignet. Sie können beispielsweise Sicherheitsvorkehrungen überprüfen oder endlich aufdecken, warum in der Kaffeekasse immer Geld fehlt. Anderen einfach zu vertrauen, fällt ihnen dagegen sehr schwer und sie bevorzugen es meist, allein oder mit ganz wenigen Menschen zusammen zu arbeiten und zu wohnen.

Menschen mit **histrionischer Persönlichkeitsstörung** sollten niemals einen Einzelarbeitsplatz bekommen. Ein bisschen Bühne, ein bisschen tägliches Drama muss einfach sein. Alle Aufgaben, bei denen sie viel im Kontakt sind mit Menschen, gerne auch mit häufig wechselnden Menschen wie beispielsweise bei einer Empfangstätigkeit, sind genau die Richtigen für die liebenswürdige, kontaktfreudige Art der Klienten. Auch im Bereich des Wohnens können sie sich schnell auf wechselnde Mitbewohner einstellen und helfen den Neuen gerne, sich zurechtzufinden.

Die Einzelarbeitsplätze sollten dagegen reserviert werden für Menschen mit **schizoider Persönlichkeitsstörung**, die sich dort sehr wohlfühlen und sich nie beschweren werden, dass sie zu wenig Kontakt zu ihren Kollegen haben. Im Bereich des Wohnens sollten die Klienten nur mit Menschen zusammenwohnen, die keinerlei Erwartungen bezüglich gemeinsamer Aktivitäten und Kommunikation an sie stellen. Menschen mit schizoider Persönlichkeitsstörung unternehmen lieber allein etwas, schließen sich aber manchmal auch mit anderen ruhigen, einzelgängerischen Menschen zusammen.

Menschen mit einer **narzisstischen Persönlichkeitsstörung** können mit ihrem Ehrgeiz und ihrem Leistungswillen nahezu jede Aufgabe übernehmen. Sie brauchen aber immer das Gefühl, etwas Besonderes zu sein. Einfach einer von vielen zu sein, ist nicht das Richtige für sie. Es kann aber schon ausreichen, ihnen eine Sonderaufgabe oder ein Privileg zukommen zu lassen, das mit besonderer Verantwortung verbunden ist, beispielsweise die Kaffeekasse zu überwachen oder die Telefonabrechnung zu kontrollieren.

Die **Kommunikation** mit Menschen mit Persönlichkeitsstörungen sollte immer darauf ausgerichtet sein, die Klienten wertzuschätzen und zu unterstützen. Konfrontation kann nur auf der Basis einer tragfähigen Beziehung erfolgen. Fordern Sie ihre Klienten auf, zu beschreiben, was sie denken und fühlen und zeigen Sie Verständnis für deren Sichtweise, ohne das Gesagte zu bewerten oder Zustimmung zu signalisieren.

BEISPIEL »Ich kann nachvollziehen, dass es Sie sehr nervt, wenn Ihre Kollegen sich so laut unterhalten, dass Sie Ihre Arbeit nicht mehr konzentriert machen können und Ihnen Fehler unterlaufen. An Ihrer Stelle wäre ich da auch sehr verärgert. Sie glauben, dass Ihre Kollegen das mit Absicht machen. Ich verstehe, dass Sie auf diesen Gedanken kommen. Es ist möglich, dass Absicht dahinter steckt, aber es gibt vielleicht auch noch andere Erklärungen. Lassen Sie uns überlegen, woran es noch liegen könnte. Vielleicht haben Sie auch eine Idee, was man verändern könnte.«

Unreflektierte Zustimmung sollte ebenso vermieden werden wie einseitige Schuldzuweisung. Sagen Sie weder »Sie sehen das falsch, Ihre Kollegen machen das nicht mit Absicht« oder »Sie sind da etwas zu empfindlich« noch »Ich stimme Ihnen völlig zu, Ihre Kollegen wollen Sie absichtlich ablenken«.

Für die Klienten ist es sehr wichtig, einen Sinn in ihrem Verhalten zu sehen. Besonders positiv ist es, wenn sie erfahren, dass auch andere diesen Sinn erkennen können. Dabei kann es sehr hilfreich sein, mit den Klienten typische Muster herauszuarbeiten:

BEISPIEL »Sie haben mir erzählt, dass Sie es als Kind sehr schwer hatten, beachtet zu werden und sich immer etwas einfallen lassen mussten. Ich habe manchmal den Eindruck, dass es Ihnen heute immer noch so geht, beispielsweise wenn ich mich längere Zeit mit neuen Gruppenmitgliedern beschäftige. Dann kommt es mir so vor, als würden Sie extra auf sich aufmerksam machen, weil Sie Angst haben, dass ich Sie sonst vergesse.«

Dabei sollten aber pathologische Etikettierungen vermieden werden wie: »Das ist nicht mehr normal!« oder »Sie haben da in Ihrer Kindheit einen Schaden erlitten«.

»Und« statt »Aber«!

Lange und unsinnige Diskussionen mit den Klienten können Sie vermeiden, indem Sie sich selbst eine **Kommunikations-Regel** auferlegen. Ersetzen Sie in Gesprächen mit Ihren Klienten das Wort »aber« durch das Wort »und«. Das kann helfen, endlos lange und vor allem fruchtlose »Ja, aber ...«-Diskussionen zu vermeiden. Außerdem können Sie positive, wertschätzende Botschaften auf diese Weise problemlos mit einem Wunsch nach Veränderung verbinden, ohne die Wertschätzung damit gleich wieder zu relativieren. Der Satz: »Ich verstehe, dass Sie sich mehr Beachtung wünschen, **aber** ich kann mich nun mal nicht nur um Sie kümmern« wirkt ganz anders als der Satz: »Ich verstehe, dass Sie sich mehr Beachtung wünschen **und** ich möchte mit Ihnen gemeinsam überlegen, wie wir das mit meinen knappen zeitlichen Ressourcen hinbekommen können.«

Den typischen »Aber-Einwänden« der Klienten kann mit einem »Und-Satz« die Schärfe genommen werden. Einwände von Klienten sollten Sie generell nicht als **Widerstand** begreifen, sondern als Möglichkeit des Klienten, Interesse am Thema auszudrücken. Solange die Klienten Einwände haben, sind sie bei der Sache und das ist immer positiv zu werten. Widerspruch von Klienten sollte immer positiv bewertet werden und zeigt, dass sie sich mit einem Thema auseinandersetzen. Menschen mit Persönlichkeitsstörungen reagieren selbstverständlich ängstlich, misstrauisch und zunächst abwehrend auf alle Versuche, ihre Persönlichkeit zu verändern. Widerstand gegen Interventionen durch Fachkräfte ist in diesem Sinne eine vollkommen normale Reaktion. Eine gute Möglichkeit, mit Widerstand umzugehen, ist es, mit Klienten zu vereinbaren, sich zumindest *versuchsweise* auf eine Veränderung einzulassen, gewissermaßen auf Probe. Gleichzeitig sollten Sie zusichern, dass man die neue Strategie gemeinsam verwerfen wird, wenn sie sich nicht bewährt, wenn sich somit herausstellt, dass die Skepsis des Klienten berechtigt war.



Alternatives Verhalten muss oftmals eingeübt werden.

Nicht zuletzt sollten wir uns vor Augen führen, was es bedeutet, dass viele Menschen mit Persönlichkeitsstörungen jahrelang geübt sind in bestimmten einseitigen, aus ihrer Sicht bewährten Verhaltensweisen. Es bedeutet zum einen, dass die Klienten diese Verhaltensweisen gut beherrschen, sie teilweise als Überlebensstrategie ansehen und nicht bereit sein werden, ein solches Verhalten aufzugeben, bevor ein besseres zur Verfügung steht. Zum anderen bedeutet es aber auch, dass die Klienten keinerlei Übung mehr haben in anderen, alternativen Verhaltensweisen und sich oft gar nicht mehr anders verhalten *können*. Wer sich immer nur anpasst, kann sich irgendwann gar nicht mehr wehren. Wer immer auffallen möchte, weiß nicht mehr, wie man sich zurückhaltend verhält. Und wer anderen ständig misstraut, hat verlernt, auch mal freundlich auf andere zuzugehen. Es ist daher wichtig, mit Klienten auch alternative Verhaltensweisen zu trainieren. Gruppen zum Training sozialer Kompetenzen sind gut geeignet. Eine andere sehr gute Methode ist das Modell-Lernen. Es ist nicht zu unterschätzen, wie viel Klienten von den Fachkräften lernen, einfach nur durch Beobachtung, Nachahmung und Nachfragen. Durch gezielte Anregungen und verstärkende Rückmeldung können Fachkräfte versuchen, das Handlungsrepertoire ihrer Klienten zu erweitern. Studien zeigen,

dass Menschen mit Persönlichkeitsstörungen eher bereit sind, ein problematisches Verhalten aufzugeben, wenn sie alternative Verhaltensweisen gelernt haben.
Neben diesen allgemein hilfreichen Formen des Umgangs mit persönlichkeitsgestörten Menschen gibt es auch spezifische Strategien, die je nach Persönlichkeitsstörung ergänzend hilfreich sein können:
Bei **dissozialen Persönlichkeitsstörungen** ist es wichtig, die zugrunde liegende Störung im Denken und der Wahrnehmung (siehe Seite 134) zu beachten. Wie bei allen Störungen der Impulskontrolle benötigen die Klienten sehr viel Struktur, klare Regelungen und Verbindlichkeiten. Strategien zur Impulskontrolle, wie sie für Borderline-Klienten entwickelt wurden, können auch für Menschen mit dissozialer Persönlichkeitsstörung hilfreich sein. Weniger geeignet sind einsichtsorientierte Verfahren, da die Klienten Probleme haben, Schuld, Angst oder Scham zu empfinden und von spontanen Impulsen mitgerissen werden. Klare Regeln und Konsequenzen sind daher hilfreich.
Bei Klienten mit einer **histrionischen Persönlichkeitsstörung** ist es auf der Basis einer tragfähigen Beziehung durchaus möglich, ihnen aufzuzeigen, dass ihre Wünsche nach ständiger Beachtung unangemessen sind und unmöglich erfüllt werden können. Zusätzlich sollte man sie immer wieder darauf hinweisen, wie viel Beachtung sie tatsächlich erfahren, da sie dies häufig ausblenden und sich nur auf jene seltenen Momente konzentrieren, in denen sie nicht beachtet worden sind. Es ist immer hilfreich, die Klienten zu beraten, wie sie zwischenmenschliche Krisen bewältigen können, ohne dabei zu sehr auf die eigenen Anteile zu fokussieren. So kann man beispielsweise eine Klientin, die sich von ihrem Partner zu wenig beachtet fühlt, dabei unterstützen, die Situation einmal aus der Perspektive des Partners zu sehen und sich vorzustellen, wie anstrengend es für ihn sein muss, ihr ständig Aufmerksamkeit zu zollen. Man muss dazu nicht unbedingt betonen, dass die Wünsche der Klientin nach Beachtung übertrieben sind.
Klienten mit einer **dependenten Persönlichkeitsstörung** müssen Fachkräfte manchmal davor schützen, ausgenutzt werden. Wenn eine solche Situation in der Wohn- oder Arbeitsgruppe auftaucht, sollten Sie als Fachkraft einschreiten. Achten Sie außerdem darauf, dass die Klienten sich nicht von anderen abhängig machen, vor allem nicht von Ihnen selbst. Fachkräfte sollten ihren Klienten das Gefühl geben, dass sie ihnen viel zutrauen und ihnen dementsprechend nicht dauernd Ratschläge oder Hilfestellung geben, auch wenn die Klienten das einfordern. Stattdessen sollten Sie jeden Ansatz von Selbstständigkeit oder gar Widerstand positiv bewerten und die Selbstständigkeit der Klienten fördern. Dafür ist nicht selten ein Training sozialer Fertigkeiten in einer entsprechenden Gruppe erforderlich, da viele Menschen mit einer dependenten Persönlichkeitsstörung schon so lange keine Forderungen mehr abgelehnt, widersprochen oder Kritik formuliert haben, dass sie schlicht keinerlei Übung mehr darin haben und das Verhalten erst (wieder) lernen müssen.

Bei Klienten mit **narzisstischen Persönlichkeitsstörungen** sollte das positive Selbstbild, das die Klienten nach außen präsentieren, niemals offen infrage gestellt werden. Fachkräfte dürfen nicht vergessen, dass dahinter meist ein äußerst negatives Selbstbild steht, das der Klient zu schützen versucht. Die Klienten haben massive Angst vor Abwertung und davor, dass jemand erkennen könnte, dass sie eigentlich gar nicht so toll sind. Stattdessen sollten Sie Betroffene bei zwischenmenschlichen Konflikten oder Streitigkeiten beraten und dabei deren eigenes Zutun möglichst wenig betonen. Wenn die Klienten von sich aus negative Eigenschaften oder Fehler bei sich einräumen, so sollten Fachkräfte dies eher relativieren und freundlich unterstützen. Für Menschen mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung ist es sehr wichtig, die positive Fassade aufrechterhalten und gewissermaßen das Gesicht wahren zu können. Fachkräfte sollten sie dabei unterstützen und beachten, dass die Suizidgefahr deutlich erhöht ist, wenn die Abwehrstrategien narzisstischer Klienten zusammenbrechen, weil es ihnen nicht mehr gelingt, ein positives Bild von sich nach außen zu bewahren.
Menschen mit einer **zwanghaften Persönlichkeitsstörung** leiden häufig mit zunehmendem Alter immer mehr darunter, dass sie sich durch ihre Regeln und Normen selbst in eine Art Gefängnis eingemauert haben. Wenn dieser Leidensdruck besteht, können Fachkräfte die Klienten unterstützen, ihr Gefängnis kurzzeitig zu verlassen, wie für einen kurzen Freigang, der im Erfolgsfalle wiederholt und ausgedehnt werden kann. Jeder kleine Ansatz von Spontanität, jede Bereitschaft, sich auf eine nicht hundertprozentig vorausplanbare Aktivität einzulassen, sollte positiv verstärkt und unterstützt werden. Dabei sollten Sie niemals Druck auf die Klienten ausüben, Ausgangspunkt muss der eigene Leidensdruck des Klienten sein. Menschen mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung haben meistens schon genügend strukturierte Programme und

Abläufe in ihrem Leben und profitieren eher von weniger strukturierten, kreativen Angeboten. Dabei muss die Kontrolle darüber, inwieweit sie sich darauf einlassen möchten, bei ihnen selbst liegen. Ein wenig mehr Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen kann das Leben von Menschen mit einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung enorm bereichern.
Bei **paranoiden und auch bei passiv-aggressiven Persönlichkeitsstörungen** besteht der hilfreiche Umgang vor allem darin, sehr viel Transparenz herzustellen und Kontrolle an die Klienten abzugeben. Betroffene von beiden Persönlichkeitsstörungen sind sehr darauf bedacht, ihre Grenzen zu schützen, wenn auch auf unterschiedliche Weise. Je mehr sie Einsicht in alle Schritte eines Prozesses haben, je transparenter Abläufe sind, je mehr sie selbst entscheiden können, desto geringer ist die Notwendigkeit, die eigenen Grenzen gegen Bedrohungen zu verteidigen. Konkret bedeutet dies, dass Betroffene möglichst viel Einsicht in Berichte, Abläufe und Dokumente bekommen sollten, möglichst viel selbst entscheiden und in die Hand nehmen dürfen und immer über alles auf dem Laufenden gehalten werden. Nur wer seine Grenzen nicht ständig gegen Angriffe verteidigen muss, kann frei entscheiden, wo er diese Grenzen ziehen möchte, und sie auch einmal verändern. Sie als Fachkraft sollten alles erklären, transparente Prozesse herstellen und Kontrolle abgeben, wo immer dies möglich ist. Achten Sie gleichzeitig darauf, sich nicht in Solidaritätsspiele der Klienten verwickeln zu lassen. Bleiben Sie ein verlässlicher und klarer Interaktionspartner, auf dessen Wort man sich verlassen kann. Auf Dauer stärkt dies das Vertrauen der Klienten in soziale Beziehungen. Wenn Sie Menschen mit paranoider Persönlichkeitsstörung bei zwischenmenschlichen Konflikten beraten, sollten Sie ebenfalls nicht darauf abheben, inwiefern die Klienten selbst Ursache oder Auslöser der Konflikte sind. Vielmehr sollte der Schwerpunkt der Beratung darauf liegen, die Situation und die beteiligten Personen besser zu verstehen und nicht immer automatisch anzunehmen, dass andere sich absichtlich und böswillig in einer bestimmten Weise verhalten. Wenn ein Klient sich über den lauten Fernseher aus der Nachbarwohnung ärgert, so kann er dem Nachbarn unterstellen, die Lautstärke absichtlich hochzudrehen, um ihn zu ärgern. Er kann aber auch daran denken, dass der Nachbar schlecht hört und ihm die hohe Lautstärke gar nicht bewusst ist.
Bei Menschen mit **schizoider Persönlichkeitsstörung** sollte man sich von ihrer scheinbaren Gleichgültigkeit gegenüber sozialen Kontakten nicht dazu verleiten lassen, ihnen auch gleichgültig und mit eingeschränktem Gefühlsausdruck gegenüberzutreten. Wenn die Klienten weder grüßen noch lächeln, sollten Sie als Fachkraft ganz bewusst grüßen und freundlich sein. Fachkräfte können für diese Klienten ein Modell sein, wie man zwischenmenschliche Interaktionen gestalten kann. Auch zurückgezogene, einzelgängerische Klienten verdienen Aufmerksamkeit und freundliche Zuwendung. Allerdings sollte man sie niemals in soziale Interaktionen, wie beispielsweise Arbeiten in großen Gruppen, zwingen, mit denen sie überfordert wären.



Schaffen Sie ein gemeinsames Verständnis im Team.

Im Umgang mit Menschen, die an Persönlichkeitsstörungen leiden, ist es sehr wichtig, ein **gemeinsames Fallverständnis** in einem Team zu entwickeln. Fast immer haben innerhalb eines Wohnverbundes, einer Werkstatt oder eines Klinikteams mehrere Mitarbeiter mit dem Klienten zu tun. Es ist ganz typisch, dass alle Mitarbeiter immer wieder in Tests und Konflikte mit dem Klienten verwickelt werden. Wenn jedes Teammitglied die Persönlichkeitsstruktur in gleicher Weise versteht, kann verhindert werden, dass Konflikte eskalieren. Hilfreich ist dafür eine gemeinsame Teambesprechung nach einem Muster, das wir Ihnen im Folgenden vorstellen.
Bei Fallbesprechungen über Menschen mit Persönlichkeitsstörungen besteht oft die Gefahr, dass zunächst von allen Beteiligten viele negative Erfahrungen, Gefühle und Erlebnisse geschildert werden und dann zu schnell auf der Handlungsebene nach Lösungen gesucht wird: Was können wir künftig anders machen, damit der Klient sich so nicht mehr verhält? Können wir überhaupt mit ihm weiterarbeiten? Allerdings bringt es in der Regel nichts, sich mit Lösungsvorschlägen zu beschäftigen, bevor man das Beziehungsmuster des Klienten oder der Klientin wirklich verstanden hat. Denn nur aus einem echten Verständnis der Problematik lassen sich individuell passende und Veränderungen begünstigende Lösungsvorschläge ableiten.
Menschen mit Persönlichkeitsstörungen haben gelernt, dass sie ihre Ziele durch offenes Verhalten nicht erreichen und setzen verdeckte Strategien ein. Das heißt auch, dass sie ihre Interaktionspartner im Unklaren lassen darüber, worum es ihnen eigentlich geht. Deshalb müssen Fachkräfte etwas Zeit und Mühe aufwenden, um die Frage zu klären: »**Worum geht es hier eigentlich?**«. Bevor diese Frage nicht geklärt ist, können keine sinnvollen Veränderungsstrategien überlegt werden.

Es ist wichtig, sich genau an den Ablauf zu halten, der in der **Vorlage für eine Fallbesprechung bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen** vorgegeben ist und die Sie sich herunterladen können. Erst wenn ein vollständiges Bild von den Klienten entstanden ist, geht es ganz zum Schluss um die konkreten Lösungsvorschläge. Sie werden sehen – wenn Sie bis hierhin durchgehalten haben, kommen die Lösungsideen wie von selbst! Wenn Sie die Fallbesprechung durchführen, sollten Sie deshalb genügend Zeit einplanen, mindestens eine Stunde. Es ist sinnvoll, wenn eine Person darauf achtet, dass die Struktur eingehalten wird und man nicht zu lange an einem Punkt verweilt. Eine weitere Person sollte die erarbeiteten Punkte stichwortartig und für alle sichtbar aufschreiben. Alle Kollegen, die mit dem Klienten zu tun haben, sollten an der Fallbesprechung teilnehmen. Es kann sinnvoll sein, dass zusätzlich Supervisoren oder Kollegen an der Fallbesprechung teilnehmen, die den Klienten nicht oder nur flüchtig kennen. Dies ist die Struktur:

Download
Vorlage für eine Fallbesprechung bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen

Vorstellung des Klienten: Alter, Geschlecht, Diagnose oder andere Informationen zur Erkrankung. Familiärer Hintergrund (sowohl aktuell als auch zur Herkunftsfamilie: Wissen wir etwas darüber, wie der Klient aufgewachsen ist?). Besonderheiten, wie Migrationshintergrund. Beruflicher Hintergrund. Seit wann ist der Klient in der aktuellen Einrichtung? Warum soll der Fall vorgestellt werden, worin liegt das Problem?

Ressourcen des Klienten: Über welche äußeren Ressourcen (materielle Dinge wie Wohnung, Auto, wichtige Gegenstände wie Bücher, CDs, finanzielle Rücklagen, Rente etc., aber auch soziale Kontakte, Freunde, Familie, Nachbarn etc.) und inneren Ressourcen (hilfreiche Fähigkeiten und Eigenschaften der Person, z. B. freundliches Auftreten, Sprachkenntnisse, Hobbys, besondere Interessen, Attraktivität, Humor etc.) verfügt der Klient und wodurch erlebt er in seinem Leben Sinn?

Motive: Welches sind die zentralen Beziehungsmotive, die unbefriedigt geblieben sind und nach denen der Klient seither strebt? Beispiele: Anerkennung, Wichtigkeit, Autonomie, Solidarität, Verlässlichkeit, Unverletzlichkeit der eigenen Grenzen. *Wichtig:* Es geht nicht um das, wonach der Klient *heute* vordergründig zu streben scheint. Versuchen Sie, sich vorzustellen, was Ihrem Klienten gefehlt hat, als er jung war, wonach er damals strebte. Möglicherweise müssen Sie hier etwas spekulieren, das ist in Ordnung.

Schemata: Welche ungünstigen Annahmen hat der Klient über sich oder über Beziehungen? Beispiele: »Ich bin ein Versager«, »Mir glaubt sowieso keiner«, »Andere nutzen einen nur aus«, »Auf andere kann man sich nicht verlassen«. Versuchen Sie, sich an wörtliche Äußerungen ihres Klienten zu erinnern. Wenn der Klient keine Schemata geäußert hat, lassen Sie diesen Punkt offen.

Images: Welches Bild möchte der Klient von sich erzeugen? Beispiele: toller Hecht, armes Mäuschen, liebenswert und hilfsbereit etc. Versuchen Sie, sich zu erinnern, wie der Klient am Anfang auf Sie gewirkt hat, als Sie ihn neu kennengelernt haben oder welchen Eindruck er heute bei Kollegen erweckt, die ihn neu kennenlernen.

Appelle: Hat der Klient deutlich gesagt, wie Sie sich verhalten sollen? Beispiele: »Nimm mich ernst!«, »Sei für mich da!« oder »Lass mich in Ruhe!«. Wenn der Klient keine Appelle geäußert hat, lassen Sie diesen Punkt offen.

Tests: Durch welches Problemverhalten testet der Klient die Belastbarkeit und Verlässlichkeit seiner Bezugspersonen? Wenn der Klient keine Tests eingesetzt hat, lassen Sie diesen Punkt offen.

Leidensdruck: Scheint der Klient unter seinem Verhalten oder seiner Gesamtsituation zu leiden oder ist es eher sein Umfeld, das leidet?

Ansatzpunkte für Veränderung: Wie können Sie Beziehungskredit aufbauen (zentrale Motive befriedigen)? Gibt es jemanden, der bereits genügend Beziehungskredit hat, um konfrontieren zu können? Womit könnte der Klient konfrontiert werden? Welche Fähigkeiten und Ressourcen des Klienten können genutzt werden? Gibt es Umfeldvariablen, die verändert werden können, damit die Fähigkeiten des Klienten besser eingesetzt werden können? Beim letzten Punkt müssen Sie möglicherweise etwas »spinnen«: Malen Sie sich aus, wie das ideale Umfeld für Ihren Klienten aussehen müsste, wenn Sie es für ihn »backen« könnten und überlegen Sie nicht sofort, ob das auch tatsächlich umsetzbar ist. Wenn Sie wissen, wie das ideale Umfeld denn wäre, fällt Ihnen ziemlich sicher ein, welche Teile davon auch tatsächlich in Ihrem Einflussbereich umgesetzt werden können. Meist reicht es schon, ein bisschen etwas zu verändern, es muss nicht gleich das ideale Umfeld sein.

Borderline-Persönlichkeitsstörung

Borderline-Betroffene werden häufig in ambulanten oder stationären Einrichtungen behandelt. Sie machen je nach Institution 20 bis 40 Prozent der Klienten aus. Bei 70 Prozent der behandelten Betroffenen handelt es sich um Frauen. Mitarbeiter fühlen sich häufig durch emotionales, impulsives und selbstverletzendes Verhalten sehr gefordert oder auch überfordert. In einer bestimmten Phase der Erkrankung besteht eine hohe Suizidgefahr. Insgesamt haben Borderline-Betroffene eine gute Langzeitprognose.

Bericht einer Betroffenen

BEISPIEL

Barbaras rechter Arm ist bis zum Handgelenk mit einem Mullverband verbunden. Bedrückt berichtet sie vom Wochenende: »Gestern hatte ich wieder Streit mit meinem Freund. Er hat mich einfach ignoriert. Ich hatte mich so darauf gefreut, mit ihm noch etwas zu unternehmen. Er hat gar nicht reagiert, er saß einfach an seinem Computer. Ich war wie Luft für ihn, das habe ich nicht ausgehalten. Ich habe so eine Wut bekommen und habe mich im Bad verkrochen. Ich habe so einen Schneidedruck bekommen. Als ich keine Rasierklingen fand, habe ich eine Flasche zerschlagen und mich mit einer Scherbe geritzt. Erst dann hat mein Freund mich beachtet.«

Was wir alle kennen

Es gibt Phasen, in denen wir das Leben intensiver erleben. Gefühle der Trauer, Enttäuschung, aber auch der Freude und des Glücks sind dann besonders stark. Es ist dann wenig Distanz zwischen uns und den Gefühlen, alles schlägt direkt durch.
Gefühle signalisieren uns, ob ein Bedürfnis befriedigt wird oder nicht. Gefühle sind daher wichtige Antennen und Ratgeber. Insbesondere intensive negative Gefühle können uns aber auch geradezu

überrollen. Dann kann es schwer werden, sie zu verarbeiten. Gefühle können sogar so unerträglich sein, dass wir eine Angst vor ihnen entwickeln und alles Mögliche tun, um diese Gefühle wieder loszuwerden oder zu vermeiden.

BEISPIEL

Petra berichtet: »In der einen Minute kann ich lustig sein, in der anderen total depressiv oder aggressiv. Manchmal gibt es für diese Achterbahn der Gefühle gar keinen Auslöser. Es gibt für mich dann nur noch schwarz oder weiß, richtig oder falsch. Ich kenne keine Zwischentöne mehr.«



Wann werden intensive Gefühle zur Störung?

Menschen mit Borderline erleben Gefühle so intensiv, dass sie als diffuse, unerträgliche Spannung wahrgenommen werden. Der innere Druck kann so stark werden, dass nur noch das Bedürfnis da ist, auszusteigen aus dem Erleben und sei es durch ein Abschalten und Abspalten der unerträglichen Gefühle.
Manche Tiere reagieren in Gefahrensituationen mit dem Totstellreflex und schützen sich so vor Feinden. In uns Menschen ist eine vergleichbare Reaktion angelegt. In traumatischen, sehr bedrohlichen Situationen steigen wir aus dem Erleben aus. Die qualvollen Gefühle scheinen uns weit weg zu sein, scheinen gar nicht zu einem selbst zu gehören. Manche Menschen wissen vielleicht noch, dass etwas Schreckliches passiert ist, andere können sich an nichts erinnern. Diese Reaktion wird auch als Dissoziation bezeichnet. Das unerträgliche Erleben wird abgespalten und ist deshalb nicht mehr so bedrohlich. So können unerträgliche oder traumatische Situationen überstanden werden. Das Abspalten hat jedoch seinen Preis und das normale Denken ist gestört.
Wann jedoch schlagen intensive Gefühle in eine Störung um? Mit der nachfolgenden Skala können Sie den Übergang vom normalen Erleben über das intensive Erleben von Gefühlen bis hin zum Abspalten unerträglicher Gefühle und schließlich zur Störung nachvollziehen.

1. Gefühle spielen in einer Situation keine Rolle, sie werden nicht bewusst wahrgenommen.
2. Gefühle begleiten das Erleben bestimmter Situationen im Hintergrund, treten aber kaum ins Bewusstsein.
3. Emotionen begleiten das Erleben in einer Situation und werden wahrgenommen.
4. Gefühle sind deutlich spürbar. Die gesamte Situation wird aber noch erfasst. Es besteht immer noch eine große Flexibilität im Handeln, obwohl starke Gefühle vorhanden sind.

5. Gefühle werden intensiv in einer Situation erlebt, allerdings ohne dass sie einen überfluten. Die Gefühle können klar benannt und beschrieben werden, man ist sich über die Auslöser für die Gefühle bewusst.
6. Intensive Gefühle werden erlebt und es dauert sehr lange, bis diese Gefühle wieder abklingen.
7. Intensive Gefühle stehen im Vordergrund und überschatten alles andere. Man kann sich nur noch schwer distanzieren, kaum mehr einen kühlen Kopf behalten. Die eigenen Handlungsmöglichkeiten sind eingeschränkt. Man verspürt ein starkes Gefühl der inneren Anspannung.
8. Die Gefühle erscheinen immer entsetzlicher. Man kann sie kaum beschreiben und hat keine Möglichkeit mehr, angemessen zu handeln. Die Situation wird durch Dissoziation ausgeblendet.
9. Emotionen werden als unerträgliche Spannung erlebt und müssen sofort beseitigt werden. Dissoziationen nehmen zu, werden häufiger und umfassender.
10. Borderline-Störung

Informationen zur Borderline-Persönlichkeitsstörung

Im Vordergrund



Borderliner erleben sich selbst häufig als Grenzgänger.

Der Begriff Borderline hat eine lange und verwirrende Geschichte. Ursprünglich wurde er zur Beschreibung eines Zustands an der Grenze (engl. Border) von Neurose und Psychose benutzt. Bei der heutigen Definition der Borderline-Persönlichkeitsstörung wird nicht mehr von einer »Verwandtschaft« zur Schizophrenie ausgegangen. Die Diagnose Borderline ist eine ganz eigenständige psychische Störung mit vielen unterschiedlichen Symptomen. Die ursprüngliche Bedeutung des Wortes gilt nicht mehr. Betroffene können sich jedoch sehr gut mit der Wortbedeutung identifizieren: auf der Grenze gehen zwischen Normalität und Krankheit, zwischen Nähe und Distanz, zwischen himmelhochjauchzend und zu Tode betrübt. Viele Borderliner haben Grenzverletzungen erlebt, sie können schwer Grenzen setzen.

Diagnostik

Die ICD-10 verwendet den Begriff »Emotional Instabile Persönlichkeit« und unterscheidet dann noch einmal zwischen dem Impulsiven Typus und dem Borderline-Typus. Für eine Diagnose der »Emotional Instabilen Persönlichkeitsstörung« wurden bestimmte Kriterien festgelegt.

ICD-10 siehe S. 57

Beim Impulsiven Typus müssen mindestens drei der fünf folgenden Merkmale vorliegen. Das erste Merkmal muss allerdings unbedingt dabei sein:

- Neigung zu Streitereien und Konflikten, vor allem wegen impulsiven und unerwarteten Handlungen;
- Neigung zu unerwarteten Handlungen ohne Berücksichtigung der Folgen;
- Neigung zu Wut oder Gewaltausbrüchen und Unfähigkeit, das explosive Verhalten zu kontrollieren,
- Schwierigkeiten, Handlungen beizubehalten, die nicht unmittelbar belohnt werden;
- Unbeständigkeit und Unberechenbarkeit der Stimmung.

Für die Diagnose des Borderline-Typus müssen mindestens drei der obigen Merkmale vorliegen und zusätzlich mindestens zwei der fünf folgenden Merkmale:

- Unsicherheiten im Selbstbild bzw. in der eigenen Identität, Unsicherheiten bei eigenen Zielen und Vorlieben;
- Neigung zu intensiven, aber instabilen Beziehungen;
- übertriebene Bemühungen, nicht verlassen zu werden;
- wiederholte Androhung oder Durchführung von selbstverletzendem Verhalten;
- anhaltende Gefühle der Leere.



Wie äußert sich eine Borderline-Persönlichkeitsstörung?

Die Störung wirkt sich auf die Gefühle und das Verhalten der Betroffenen aus. Sie verändert, wie Betroffene die Welt um sich herum erleben, und sie verändert ihre Identität. Es handelt sich um eine sehr komplexe Störung mit vielen unterschiedlichen Erscheinungsbildern.

Auswirkungen auf das Fühlen

Stimmungsschwankungen: Borderline-Betroffene erleben schnelle Stimmungswechsel. Zusätzlich sind sie sehr empfänglich für die Stimmungen ihrer Mitmenschen. Häufig können sie diese aber nicht einordnen, sondern reagieren nur sehr stark darauf. Ein freundliches

Unerträgliche Anspannung ist typisch für die Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Wort, eine nette Geste ist wie Balsam auf ihrer Seele. Ein unfreundlicher Blick oder leise Kritik kann wie eine schwere Verletzung erlebt werden. Die eigenen, schwer verständlichen Stimmungen kommen zu dieser starken Reaktionsbereitschaft noch hinzu. Die Gefühle können sich dann schnell aufschaukeln und immer größer werden. Für Außenstehende und auch die Betroffenen selbst sind die Schwankungen mitunter schwer nachvollziehbar. Viele Betroffene beschreiben eine rasch einschießende und anhaltende innere Anspannung. Diese als äußerst unangenehm erlebte Anspannung gilt als ein Leitsymptom der Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Wut: Betroffene haben oft eine große Wut in sich, die sie nicht kontrollieren können. Ihre Wut kann sich gegen Menschen, Gegenstände oder die eigene Person richten. Wenn Betroffene auf sich selbst wütend sind, begegnen sie der Wut bisweilen mit selbstschädigendem oder selbstverletzendem Verhalten. Manche Betroffene hassen sich, bezeichnen sich als böse und fügen sich Verletzungen zu, weil sie überzeugt sind, es nicht anders verdient zu haben.

Leere und Langeweile: Dieses Gefühl gehört zu dem elementaren Erleben von Borderline-Betroffenen. Viele Dinge tun sie nur, um dieses unerträgliche Gefühl zu vermeiden. Betroffene beschreiben die Leere als ein tiefes Grauen oder ein schwarzes Loch, in das sie gerissen werden. Alles erscheint ihnen sinnlos, sie fühlen sich gelähmt und handlungsunfähig. Viele Betroffene haben Angst vor diesem Gefühl der Leere und versuchen, die Leere mit impulsivem oder selbstzerstörerischem Verhalten zu füllen oder zu vermeiden.

Einsamkeit und Verlassenheit: Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung bemühen sich verzweifelt, ein Alleinsein zu vermeiden, Einsamkeit erscheint ihnen existenziell bedrohlich. Das Gefühl hängt dabei eng zusammen mit dem Gefühl der Leere. Viele Borderliner haben in ihrer Kindheit beängstigende Situationen der Verlassenheit und des Ausgeliefertseins erlebt, in denen niemand für sie da war. Da viele Borderliner aber schwierige zwischenmenschliche Beziehungen führen, sind sie auch im Erwachsenenalter häufig allein. Und bei jeder Trennung werden wieder alte Gefühle des Verlassenwerdens wachgerufen.

Auswirkungen auf Impulse und Verhalten

Impulsivität: Betroffene denken mitunter kaum an die Folgen einer Handlung, sie geben ihren Impulsen direkt nach. Die extreme Instabilität der Gefühle führt in Kombination mit der ausgeprägten

Impulsivität dann oft zu exzessivem und selbstschädigendem Verhalten. Beispielsweise bewegen sich Betroffene waghalsig und leichtsinnig im Straßenverkehr oder sie schneiden sich.

Suizidalität: Suizidales und parasuizidales Verhalten, also Handlungen, die einen selbst schädigen, aber nicht töten, gehören zum typischen Erscheinungsbild. Etwa 8 bis 10 Prozent der Betroffenen begehen tatsächlich Selbstmord. Wenn zur Persönlichkeitsstörung noch eine Abhängigkeitserkrankung hinzukommt, steigt das Suizidrisiko auf 40 Prozent.

Umgang mit suizidalen Krisen siehe S. 236 ff.

Selbstverletzendes Verhalten: Zu den charakteristischen Verhaltensweisen von Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung gehört das selbstverletzende Verhalten. Häufig dient es der Linderung von Angst oder Spannung. Etwa drei Viertel der Betroffenen spüren dabei keinen Schmerz, sondern Erleichterung, obwohl die Handlung eigentlich starke Schmerzen hervorrufen müsste.



Viele Borderliner verletzen sich immer wieder selbst.

Auswirkungen auf das Erleben

Dissoziation: Wenn ihre Gefühlswelt für die Betroffenen unerträglich ist, trennen sie das Erleben mitunter gänzlich von ihrem Bewusstsein. In diesem Augenblick haben sie keinen Zugang zu den Dingen. Manche fühlen sich, als schwebten sie, als betrachteten sie die Situation wie ein unbeteiligter Beobachter.

Dieser Mechanismus kann für Betroffene in traumatischen Situationen eine Überlebensstrategie sein. Allerdings können sich Dissoziationen verselbständigen, sodass sie auch in unangenehmen Alltagssituationen vorkommen.

BEISPIEL

Sandras Eltern hatten wenig Zeit für die Kinder, sie wurde schon, als sie ganz klein war vernachlässigt. Die meiste Zeit wuchs sie bei den Großeltern auf. Der Großvater missbrauchte Sandra sexuell, nicht nur einmal, sondern über Jahre hinweg. Sie konnte sich weder schützen noch mit jemand darüber reden. Sandras Überlebensstrategie war es, zu dissoziieren. Als sie 22 Jahre alt war, diagnostizierte ihr Psychiater eine Borderline-Störung.

Heute ist Sandra 29 Jahre alt. Sie kann sich nahezu an nichts aus ihrer Kindheits- und Jugendzeit erinnern. In Albträumen tauchen Bilder von ihrem Großvater auf. Sie hat sogenannte Flashbacks, dann überfallen sie Erinnerungsfetzen und Details der Missbrauchssituationen, wie z. B. Gerüche, Farben der Wandfliesen, Orte oder einzelne Gegenstände. Sie hat dann das Gefühl, diese Situationen noch einmal zu erleben. Sandra hat in der Schule sehr

wenig gelernt, da sie die meiste Zeit in dissoziativen Zuständen gelebt hat, nur körperlich anwesend war. Ihre Rechtschreib- und Rechenkenntnisse sind sehr lückenhaft. Nur mit Mühe gelang ihr der Hauptschulabschluss. Sandra ist durchschnittlich intelligent.
Durch die ständigen Dissoziationen hat sie auch nicht gelernt, für sich zu sorgen. Sie verfügt über nahezu keine alltagspraktischen Kenntnisse, kann nicht kochen, weiß nicht, wie sie ihr Geld verwalten soll und hat Schwierigkeiten im Umgang mit Behörden.
Zurzeit lebt sie in einem Wohnheim. Nach einigen Wochen bemerkten die Mitarbeiterinnen, dass sie sehr oft weggetreten wirkte, dass sie in Gruppensituationen manchmal überhaupt nicht anwesend war. Inzwischen sprechen die Mitarbeiterinnen Sandra darauf an, wenn sie abwesend wirkt. Manchmal hilft ein Spaziergang oder laute Musik, um wieder aufzutauchen und präsenter zu sein.

→ Skillstraining siehe S. 180

Aber manchmal möchte Sandra auch einfach wieder wegtauchen. Sie nimmt an einer »Skillsgruppe« teil. In dieser Gruppe hat sie viel über Dissoziationen gelernt, vor allem, wie man wieder wach mit der Gegenwart in Kontakt kommen kann.

Studien weisen darauf hin, dass 65 Prozent der Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung unter schwerwiegender dissoziativer Symptomatik leiden. Wie bei Sandra können Dissoziationen langfristige und schwerwiegende Folgen für die Betroffenen haben. Die Fähigkeit, neue Erfahrungen zu machen und mit alten Erfahrungsmustern zu verbinden, ist bei Borderline-Betroffenen insbesondere unter Stress erheblich behindert. Wenn Betroffene sich auch im Alltag oft von der Wirklichkeit abspalten, kann nicht mehr bewusst verarbeitet und gelernt werden. Auf diese Weise können Kompetenzlücken im beruflichen, schulischen und sozialen Bereich entstehen: Aus einer Überlebensstrategie ist ein selbstschädigendes Verhalten geworden.
Dissoziatives Erleben wird häufig als Entfremdung, Leere und Abgespaltensein vom eigenen Körper oder den eigenen Gefühlen beschrieben: »Ich fühle mich wie ein Zombie«, »Ich stehe neben mir und kann nichts mehr empfinden.«



Fragen Sie Ihre Klienten nach Dissoziationen.

Um herauszufinden, ob Ihre Klienten dissoziieren und wie ausgeprägt das dissoziative Erleben ist, können Sie ihnen folgende Fragen (Sack 2010) stellen:

- Haben Sie sich schon einmal an einem Ort wiedergefunden und konnten sich nicht erklären, wie Sie dorthin gekommen sind?
- Kommt es vor, dass sich neue Dinge in Ihrem Besitz befinden, an die Sie sich nicht erinnern können?
- Machen Sie manchmal die Erfahrung, neben sich zu stehen oder sich selbst zu beobachten, wie Sie etwas tun; und sehen Sie sich dabei selbst tatsächlich so, als ob Sie eine andere Person betrachten?
- Wird Ihnen manchmal gesagt, dass Sie Freunde oder Familienangehörige nicht erkannt haben?
- Haben Sie zuweilen das Gefühl, dass andere Personen, Gegenstände und die Welt um Sie herum nicht wirklich sind?
- Haben Sie zeitweise das Gefühl, dass Ihr Körper oder ein Teil des Körpers nicht zu Ihnen gehört?

Viele Betroffene nutzen sinnliche Reize und Schmerzreize, um wieder in die Realität zurückzukehren. Sie haben gelernt, dass sie durch selbstverletzendes Verhalten wie oberflächliches Ritzen an den Ober- und Unterarmen, Verbrennungen oder Nadelstiche ihre Abspaltung von der Gegenwart beenden können. Die Erleichterung ist jedoch selten von Dauer. Betroffene schämen sich für ihre Dissoziationen, fühlen sich schuldig, wenn währenddessen Dinge schiefgehen. Diese unangenehmen Gefühle können zu einem Teufelskreis aus unangenehmem Erleben, Dissoziation und selbstverletzendem Verhalten führen.
Zwischenmenschliche Beziehungen: Borderline-Betroffene neigen zu Extremen. Entweder handelt es sich um einen Freund oder um einen Feind, Menschen sind »gut« oder »böse«. Zwischentöne können sie nur schwer wahrnehmen. Daher haben Borderline-Betroffene ganz starre Erwartungen an ihr Umfeld. Wenn eine Person sich dann nicht den Erwartungen gemäß verhält, kann dies zu tiefer Verzweiflung führen. Borderliner leben freundschaftliche Beziehungen zeitweise so intensiv wie eine Liebesbeziehung, aber bevor es zum Konflikt kommt, brechen sie lieber selbst die Beziehung ab.
Paranoide Vorstellungen: Etwa drei Viertel der Betroffenen erleben kognitive Symptome. Hierzu zählen kurze Episoden, in denen die Betroffenen den Bezug zur Realität verlieren und Wahnvorstellungen oder andere psychotische Symptome erleben. Meist treten die Episoden nur kurz auf und klingen gewöhnlich auch ohne die Einnahme von Medikamenten wieder ab. Es handelt sich nicht um eine psychotische Störung.

Auswirkungen auf die Identität

Viele Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden darunter, kein eigenes Identitätsgefühl zu haben. Sie sind sich selbst irgendwie fremd und orientieren sich sehr stark an den Erwar-

tungen der Umgebung. Für Freunde sind sie bereit, beinahe alles zu tun, ohne Rücksicht auf die eigenen Gefühle und Bedürfnisse. Manche messen den eigenen Selbstwert nur am Lob von außen. Viele Betroffene wissen gar nicht genau, was sie selbst eigentlich wollen. Sie müssen angeleitet werden, dies herauszufinden. Für viele ist es sehr schwer, berufliche Wünsche und Ziele zu formulieren oder sie schwanken zwischen verschieden Wünschen hin und her. Viele möchten gerne eine andere Person sein, in einem anderen Körper leben oder sind unsicher hinsichtlich ihrer sexuellen Orientierung.

Häufigkeit und Verlauf

Junge Menschen sind häufiger von Borderline betroffen.

Annähernd 2 Prozent der Bevölkerung erfüllen die diagnostischen Kriterien einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Bei jungen Menschen sind allerdings über 6 Prozent betroffen, während in der Gruppe der über 40-Jährigen nur noch etwa 0,7 Prozent an der Störung leiden.
Etwa 70 Prozent der Betroffenen in therapeutischer Behandlung sind Frauen. Verschiedene Studien zeigen jedoch übereinstimmend, dass die Geschlechterverteilung in Wirklichkeit bei 50:50 liegt. Aber männliche Borderliner wenden ihre Wut und Aggression nicht vorrangig nach innen, sondern eher nach außen. Deshalb darf man annehmen, dass viele männliche Borderliner sich nicht in therapeutischer Behandlung befinden, sondern wegen einer Straftat im Gefängnis oder in forensischen Abteilungen sind.
Betroffene werden in vielen Fällen depressiv. Verschiedene Studien zeigen im Langzeitverlauf bei 96 Prozent der Betroffenen depressive Erkrankungen. Fast 90 Prozent leiden an Angststörungen, über die Hälfte ist von Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit betrofffen und etwa 50 Prozent leiden zusätzlich an einer Essstörung (Zanarini u.a. 1998). Nur ganz selten erkranken Menschen mit einer Borderline-Störung zusätzlich an einer Psychose.
Viele Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen haben Misshandlungen erfahren. Insgesamt berichten über 90 Prozent von Vernachlässigungen oder einer Form von seelischer, körperlicher oder sexueller Misshandlung.
Untersuchungen zeigen, dass nach zwei Jahren Therapie nur noch 65 Prozent der Betroffenen die Kriterien einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erfüllen, nach sechs Jahren 40 Prozent und nach zehn Jahren nur noch 10 Prozent (Zanarini u.a. 2006). Das heißt,

dass die Störung in kritischen Phasen extrem belastend ist. In dieser Phase besteht ein erhöhtes Suizidrisiko. Es bedeutet aber auch, dass man längerfristig von einer positiven Prognose und einem positiven Verlauf ausgehen kann. Eine »Gesundung ist möglich!« (Knuf 2009).



Eine Borderline-Persönlichkeitsstörung ist kein endgültiges Schicksal.

Hintergründe

Die meisten Forscher und Therapeuten nehmen ein biopsychosoziales Entstehungsmodell der Borderline-Persönlichkeitsstörung an, das eine Wechselwirkung zwischen genetischen Faktoren, traumatischen Erfahrungen und negativen Lernprozessen bzw. Verhaltensmustern berücksichtigt.
Es scheint so zu sein, dass die Gene als Ursache für die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine gewisse Rolle spielen (Bohus 2002). Damit sich die Störung aber tatsächlich entwickelt, müssen psychosoziale Faktoren hinzukommen.



Borderline-Betroffene scheinen von Geburt an emotional verletzlicher zu sein.

Marsha Linehan, eine Koryphäe auf dem Gebiet und die Begründerin der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT), erkannte bereits früh, dass die Betroffenen eine emotionale Verletzlichkeit mitbringen, ein Unvermögen, die eigenen Gefühle zu steuern. Sie beobachtete, dass Borderline-Betroffene auf emotionale Reize stärker reagieren und dass die starken Emotionen länger anhalten. Gleichzeitig fällt es ihnen schwer, Gefühle zu benennen und zu unterscheiden.
Diese Beobachtung bestätigte sich in verschiedenen Untersuchungen. Bereits bei Neugeborenen beobachtet man unterschiedliche Fähigkeiten, auf Reize zu reagieren. Einige Kinder reagieren deutlich heftiger und schneller, sie lassen sich viel langsamer beruhigen und ihre Erregung hält länger an als die von anderen Kindern. Diese unterschiedlichen Reaktionen von Kindern haben noch lange nichts mit einer Störung zu tun. Aber wenn Angehörige nicht mit der erhöhten emotionalen Reaktionsbereitschaft umgehen können, kann eine Emotionsregulationsstörung und eine psychische Erkrankung entstehen (siehe Abbildung 16).

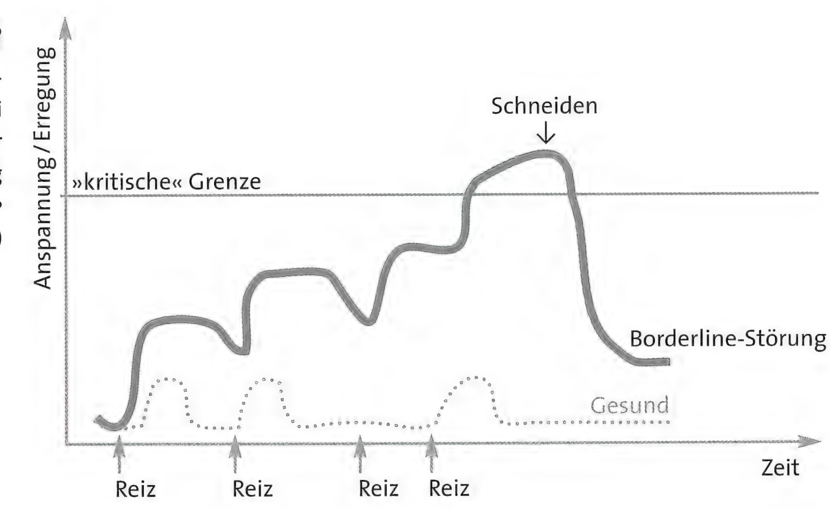


Soziale Faktoren

Besonders bedeutsam für die Entwicklung einer Borderlinestörung ist ein sogenanntes »invalidierendes Umfeld«. Damit ist gemeint, dass die Gefühle des Kindes nicht akzeptiert und anerkannt sondern entwertet und ungültig gemacht werden. Eltern können unberechenbar, lieblos, gewalttätig oder strafend auf die emotionalen Regungen der Kinder reagieren. Mit einem »invalidierenden

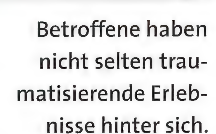
ABBILDUNG 16

Veränderte Emotionsregulation bei Menschen mit einer Borderline-Störung (nach RENTROP u. a. 2006)



Umfeld« ist aber nicht nur offensichtliches, absichtliches Fehlverhalten der Eltern gemeint. Ungünstige Umstände, belastende Lebensereignisse oder traumatische Erlebnisse können ebenfalls dazu beitragen, dass den Kindern die emotionale Feinabstimmung nicht mehr gelingt.

Für die Betroffenen beginnt ein Teufelskreis (siehe auch Abbildung 17), sie fühlen sich ihren Gefühlen und Bedürfnissen zunehmend fremd. Der Kontakt zur eigenen Innenwelt geht verloren. Gefühle nehmen sie nur noch als diffuse Spannung wahr. Die Betroffenen werden immer hilfloser und verzweifelter im Umgang mit ihren Gefühlen. Sie haben ihren inneren Kompass verloren. Sie schaffen es kaum noch, ihre Gefühle allein in den Griff zu bekommen, es kommt zu emotionalen Ausbrüchen und schließlich zur Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung.



Betroffene haben nicht selten traumatisierende Erlebnisse hinter sich.

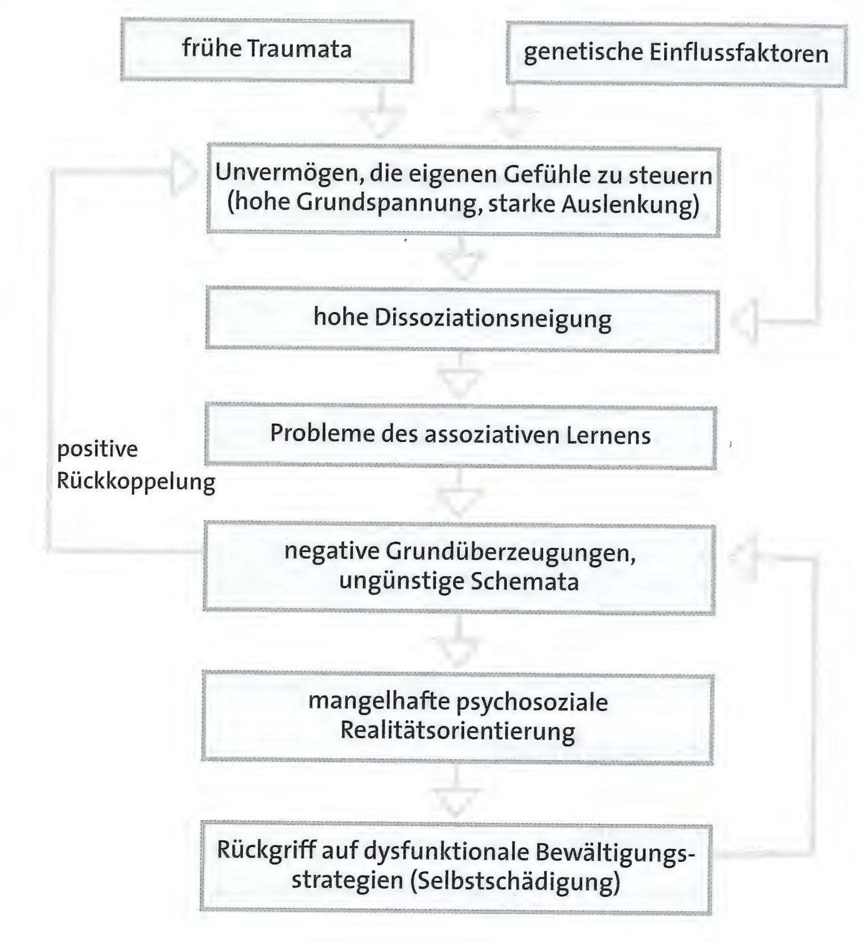
In der Vorgeschichte von Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung kommen häufig, aber nicht immer, traumatische Erlebnisse vor. Sie berichten von sexuellen Gewalterfahrungen, körperlichen Gewalterfahrungen und Vernachlässigung (ZANARINI 2000). Meistens handelt es sich um Übergriffe von engsten Familienmitgliedern. Obwohl etwa zwei Drittel der Betroffenen traumatische Erfahrungen machen mussten, können die Traumata nicht alleine die Entstehung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erklären.

Wenn Betroffene sich nicht an traumatische Ereignisse erinnern können, sollte auch nicht nach möglichen verborgenen Traumata gesucht werden.



ABBILDUNG 17

Modell zur Entstehung der Borderline-Persönlichkeitsstörung (nach BOHUS & WOLF 2009)





Dissoziationen werden durch Stress ausgelöst, die Neigung dazu ist aber genetisch bedingt.

Man geht davon aus, dass ungefähr zwei Drittel aller Borderline-Klienten unter dissoziativen Symptomen leiden. Wir haben schon gesehen, dass es die dissoziativen Zustände den Betroffenen ermöglichen, aus unerträglichen Spannungszuständen auszusteigen. Man nimmt an, dass dissoziatives Erleben durch psychischen Stress ausgelöst wird.

Es gilt als gesichert, dass die Dissoziationsneigung genetisch bedingt ist.



Borderliner haben oft negative Grundüberzeugungen von sich und der Welt um sie herum.

Da viele Borderliner in ihrer Kindheit und Jugend sehr negative Erfahrungen machen, entwickeln sie oft negative Annahmen über sich und die Welt. Diese Annahmen beeinflussen, wie die Betroffenen akutelle Ereignisse erleben und wie sie ihre Beziehungen führen. Psychotherapeuten bezeichnen diese früh erworbenen Grundüberzeugungen auch als Schemata. Es handelt sich beispielsweise um Annahmen wie: »Ohne ein liebendes Gegenüber löse ich mich auf« oder »Wenn mir jemand nahe kommt, dann werde ich gefährlich«.


Selbstverletzungen und -schädigungen sind eigentlich Bewältigungsversuche.

Die meisten Betroffenen entwickeln im Laufe der Zeit gewisse Bewältigungsstrategien, um die negativ erlebten Spannungszustände zu reduzieren. Hierzu gehören auch die Selbstverletzungen, der Drogen- oder Alkoholmissbrauch oder Essstörungen. Sie funktionieren allerdings nicht so gut, denn die Strategien führen häufig dazu, dass die Betroffenen eine noch schlechtere Meinung von sich haben und die negativen Gefühle noch größer werden: »Wenn jemand sieht, wie ich mich verhalte, dann wird er mich verlassen« oder »Ich bin nicht liebenswert«.
Eine Borderlinestörung entsteht aus einem komplexen Zusammenspiel von allen oder nur von wenigen der bisher genannten Faktoren. Das ist bei jedem Betroffenen verschieden. Viele Borderliner haben nie Gewalt erlebt. Es gibt eine Gruppe von Betroffenen, die keinerlei Dissoziationsneigungen haben. Für Fachkräfte ist es deshalb besonders wichtig, dass sie zwar alle möglichen Ursachen im Kopf haben, dass sie jedoch möglichst ohne Vorurteile den Betroffenen begegnen und sich – so offen es geht – auf sie einlassen.

Was hilft im Alltag?

Hilfreicher Umgang


Versuchen Sie, jede Stimmung Ihrer Klienten wohlwollend nachzuvollziehen.

Da viele Betroffene im Laufe ihres Lebens von anderen immer wieder niedergemacht, abgewertet oder abgelehnt wurden, ist es besonders wichtig, wohlwollend mit ihnen umzugehen. Versuchen Sie, Verständnis für ihre emotionalen Schwankungen zu entwickeln. Die Betroffenen können ihre Stimmungsschwankungen oft selbst kaum ertragen und verstehen. Wenn das Umfeld mit Ablehnung oder Abwertung reagiert, werden die negativen Gefühle nur noch verstärkt. Eine wohlwollende, gelassene Reaktion vonseiten der Mitarbeiter wirkt dagegen beruhigend.


Schaffen Sie klare Grenzen.

Grenzen und Regeln machen eine Beziehung berechenbar, man weiß, worauf man sich einstellen kann. Viele Borderliner haben in ihrem Leben Grenzverletzungen erlebt, andere haben nur ganz wenig Grenzen gesetzt bekommen.

BEISPIELE

Eine Betroffene berichtet: »Ich habe in meinem Leben noch nie Grenzen gesetzt bekommen. Wenn meine Eltern es versucht haben, wurde ich wütend und habe mich total dagegen gewehrt. Sie haben immer nachgegeben.«

Eine andere Betroffene bekennt sehr ehrlich: »Bei meinen Therapeutinnen hatte ich meistens nur ein Bedürfnis: Ich wäre ihnen am liebsten auf dem Schoß gesessen, weil ich glaubte, da sicher und geborgen zu sein. Deshalb habe ich vieles getan, um ein weiteres Gespräch zu bekommen oder einfach nur in ihrer Nähe zu sein.«

Grenzen zu erleben ist aber auch mit Frustrationen verbunden, insbesondere wenn Erwartungen enttäuscht werden. Gleichzeitig schaffen Grenzen Sicherheit für alle Beteiligten. Wenn keine Grenzen gesetzt werden, neigen Betroffene dazu, fortwährend Grenzen auszutesten. Manche Borderliner haben eine regelrechte Begabung, unklare Strukturen oder Informationslücken aufzuspüren. Dies kann zu heftigen Diskussionen in Mitarbeiterbesprechungen führen. Dabei sollten Mitarbeiter die Gelegenheit nutzen, über die eigene Struktur zu reflektieren und nicht vorrangig die Schuld bei den Betroffenen zu suchen.
Sie können Grenzen auf empathische Weise setzen, indem Sie die Gefühle und Enttäuschung nicht nur wahrnehmen sondern auch ansprechen.

BEISPIEL

»Sie würden wahrscheinlich am liebsten noch länger mit mir sprechen und denken vielleicht sogar, dass ich keine Lust mehr auf Ihre Gesellschaft habe. Dennoch muss ich Sie bitten, jetzt zu gehen.«

Es ist hilfreich, klare Grenzen mit ehrlichen zwischenmenschlichen Begründungen zu formulieren, beispielsweise:

BEISPIEL

»Ich möchte das Gespräch jetzt beenden, weil ich noch Termine habe. Ich komme in Stress, wenn ich sie nicht einhalte.«

Das Klärungskarussell siehe S. 34 ff.

Achten Sie sowohl auf zeitliche als auch auf inhaltliche Grenzen. Fragen Sie sich: Ist das noch mein Auftrag? Bin ich dafür die richtige Ansprechperson?


Sagen Sie, wie es Ihnen geht.

Je klarer Sie in all Ihren Aussagen und Handlungen sind, umso leichter können Borderliner Sie einschätzen und sich auf Sie einstellen. Dabei hilft auch, ganz offen darzulegen, wie es Ihnen selbst gerade geht. Klienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nehmen Befindlichkeiten von Mitarbeitern sehr sensibel wahr. »Ich habe meine Antennen immer ausgefahren, um früh zu merken, ob eine Gefahr droht«, erklärte uns eine Klientin. Allerdings beziehen Betroffene ihre Eindrücke sehr diffus auf sich selbst oder die Beziehung zur Fachkraft. Deshalb kann es klärend wirken, wenn man

selbst zugibt, dass man gerade ziemlich im Stress, einfach müde oder nur mit dem falschen Bein aufgestanden ist. Borderline-Klientinnen erleben dies in der Regel erleichternd, weil sie so das Wahrgenommene besser einordnen können.
Da viele Borderliner unter Traumafolgen leiden, ist es sehr hilfreich, wenn Sie wissen, wie Sie traumasensibel ⇐ handeln können. Wer intensiver mit Borderline-Klientinnen arbeitet, sollte an einer Supervision oder intensivem kollegialen Austausch teilnehmen, um die zum Teil sicherlich aufreibenden Beziehungen zu reflektieren und besser auf die impulsiven Verhaltensweisen der Klienten reagieren zu können.

⇒ Traumasensibilität siehe S. 220 ff.



Halten Sie Ihr Wissen über die Störung präsent, auch in Konfliktsituationen.

Sie haben bislang viel darüber gelesen, was eine Borderline-Störung ausmacht, wie sich Betroffene fühlen und verhalten. Für den Umgang mit Borderline-Klienten sind störungsspezifische Kenntnisse besonders hilfreich. Das Wissen kann dabei helfen, Reaktionen von Klienten nicht persönlich zu nehmen, sondern als Teil der Störung zu sehen. Eine gelassene Reaktion ist dann leichter möglich. Störungsspezfisches Wissen kann unsere Empathie und unser Verständnis für die Not, in der sich viele Klientinnen befinden, stärken.
So ist es hilfreich zu wissen, dass viele Borderliner aufgrund negativer Erfahrungen mit anderen Menschen sehr misstrauisch gegenüber ihrer Umwelt sind. Es ist für sie zu einer Überlebensstrategie geworden, zu misstrauen und Personen immer wieder zu testen. Bewusste Strategien sind das eher nicht. Manche Klienten testen Regeln und Grenzen innerhalb der Institution, z. B. hinsichtlich der Anwesenheit, Pünktlichkeit oder Mitarbeit. Manche testen, wie Mitarbeiter auf heftige Emotionen reagieren. Kann die Fachkraft die Betroffene trotzdem akzeptieren oder aushalten? Fühlt sich die Betroffene alleingelassen?
Andere Tests können darin bestehen, ob der Mitarbeiter sich auch tatsächlich um die Anliegen der Betroffenen kümmert, z. B. Schutz vor anderen Klienten bietet, Ämterangelegenheiten regelt oder beim Umzug hilft. Es kann passieren, dass Mitarbeitende erst nach längerer Zeit erfahren, dass sie bei einem solchen Test durchgefallen sind. Viele der Erwartungen der Betroffenen können nicht erfüllt werden. Es wäre eine Falle, wenn Mitarbeitende den Anspruch haben »Ich muss möglichst alles richtig machen«. Sie würden sich womöglich massiv überfordern und ihre Klienten würden ihnen erst recht misstrauen und vielleicht immer weiter austesten, wo die Grenzen sind.



Erkennen Sie die Gefühle ihres Gegenübers bedingungslos an.

Das Verstehen und Nachvollziehen der persönlichen Sichtweise des Gegenübers nennt man auch Validierung. Etwas validieren bedeutet, etwas für gültig zu erklären. Das heißt noch lange nicht, dass man diese Sichtweise für gut oder sinnvoll hält, das heißt aber auch nicht, dass man die Sichtweise der Betroffenen abwertet.

BEISPIEL

»Ich kann nachvollziehen, dass Sie sich gekränkt und abgelehnt fühlen, wenn ich nicht sofort Zeit habe, wenn Sie klopfen und ich mein Telefonat noch zu Ende führe.« ✕

Es geht also um die radikale Anerkennung der Gefühle, Gedanken, Wünsche oder Verhaltensweisen, die gerade da sind. Validierung schafft die Basis für vertrauensvolle Beziehungen. Für Betroffene kann es eine wichtige Hilfe sein, die eigenen Gefühle, Wünsche, Gedanken, Körperempfindungen ebenfalls zu validieren und anzuerkennen.

BEISPIEL

»O.K., ich fühle mich traurig und abgelehnt, wenn mich Frau Stich vor ihrer Tür sitzen lässt.« ✕

Dies kann die eigene Selbstachtung stärken. Für viele Betroffene ist es neu und ungewohnt, die eigenen Gefühle erstens zu erkennen und zweitens anzuerkennen. Sie reagieren häufig sehr ablehnend auf eigene Gefühle und Körperempfindungen.
Nachdem Gefühle oder Gedanken, die gerade bei Betroffenen da sind, benannt und anerkannt wurden, ist es viel leichter sich den realen Fakten und Sachzwängen einer Situation zuzuwenden, wie z. B., dass Frau Stich Telefonate nicht einfach unterbrechen kann, wenn es klopft, und dass sie in keiner Weise ablehnend wirken wollte.

Hilfe zur Selbsthilfe



Psychotherapie kann helfen, Selbsthilfe wirkt auch.

Borderliner sind meistens sehr interessiert daran, etwas über Borderline zu erfahren. Bei vielen besteht ein großes Bedürfnis, sich selbst besser zu verstehen. Für Betroffene gibt es viele Möglichkeiten, sich zu informieren: psychoedukative Gruppen, Einzelgespräche oder Selbsthilfeliteratur. Immer geht es darum, ein Verständnis für die Störung zu entwickeln und Hinweise auf regionale Hilfsangebote zu bekommen. Borderline ist inzwischen gut behandelbar. Vor allem die Entwicklung von störungsspezifischen Therapieverfahren hat viel dazu beigetragen. Viele Studien haben gezeigt, dass Borderline-Klienten deutlich von den störungsspezi-

fischen Verfahren profitieren. Positive Ergebnisse der Psychotherapieforschung liegen für die Schematherapie nach Young und für die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) nach Linehan bzw. Bohus vor. Für beide Therapieverfahren gibt es stationäre Behandlungsangebote und zunehmend auch ambulante Psychotherapieangebote.

Trotzdem sind viele Betroffene über weite Strecken auf sich allein gestellt. Das heißt, sie müssen lernen, sich selbst zu helfen. Sie müssen Fähigkeiten und Kräfte entwickeln, um der Dynamik der Borderline-Störung nicht hilflos ausgeliefert zu sein. Die Einflussmöglichkeiten sind sehr vielfältig. Diese Suche nach hilfreichen Strategien kann gemeinsam in einer Selbsthilfegruppe geschehen, im Internet in spezifischen Borderline-Selbsthilfe-Foren oder im Rahmen von Trialogveranstaltungen, in denen Betroffene, Angehörige und professionell Tätige sich auf gleicher Augenhöhe begegnen und austauschen.

Selbststeuerung im Alltag erlernen

Die Betroffenen können lernen, sich in alltäglichen Situationen selbst besser zu steuern. Dabei geht es vorrangig um den Aufbau von guten Gewohnheiten, wie beispielsweise bei beruflichen Tätigkeiten nicht alles auf einmal unter völliger Verausgabung zu verrichten. Sie lernen mit ihren Kräften zu haushalten und Pausen zu machen. Betroffene lernen, ihre perfektionistischen Ansprüche zu reduzieren und dass sie sich eingestehen können, dass sie Fehler machen. Sie können sich bewusst machen, dass sie nicht für alles verantwortlich sind und nicht sofort schuldig sind, wenn etwas nicht termingerecht fertig wird. Mitarbeiter können ihre Klienten an diese Haltungen und Arbeitsweisen immer wieder erinnern.

In den Beziehungen – den Liebesbeziehungen, aber auch in Freundschaften – und in ihrem Freizeitverhalten tendieren Borderliner zu Extremen. Manchmal verausgaben sie sich in zu vielen und zu intensiven Beziehungen oder sie ziehen sich verzweifelt zurück. Dann leiden sie unter der Einsamkeit und stürzen sich vielleicht schon wieder in die nächste Beziehung.

Fachkräfte können für Betroffene Ansprechpartnerinnen sein, mit denen sie über ihre Beziehungen sprechen können, mit denen sie vielleicht sogar Konflikte mit dem Partner oder der Freundin klären können.

Ein weiterer Bereich der Selbststeuerung stellen gesundheitsförderliche Ernährungs-, Trink-, Schlaf- und Bewegungsgewohnheiten dar. Viele Betroffene leiden unter Essstörungen oder haben große Schwierigkeiten, genügend zu trinken. Wird eines von beiden vernachlässigt, treten sehr schnell wieder borderlinetypische Symptome auf. Mitarbeiter sollten diese Lebensgewohnheiten von Betroffenen im Blick behalten und sie dabei unterstützen, gut für sich selbst zu sorgen.

Dabei kann auch mit dem WEG-Modell (Hammer 2012) gearbeitet werden. Betroffene pendeln häufig zwischen Übererregung und Untererregung. Dissoziatives Verhalten ist häufig der Versuch, aus der gesteigerten Emotionalität und Übererregung auszusteigen in die Empfindungslosigkeit und emotionale Taubheit. Wenn sie sich dafür sensibilisieren können, was für sie das optimale Belastungsniveau ist und wann sie dieses Toleranzfenster in Richtung Übererregung bzw. Untererregung verlassen, erscheinen Dissoziationen weniger notwendig. Fachkräfte können immer wieder die Bewusstmachung des Erregungsniveaus anregen durch Fragen wie: »Fühlen Sie sich zurzeit eher über- oder unterfordert?« oder: »Wo befinden Sie sich zurzeit auf dem WEG-Modell?«.

WEG-Modell siehe S. 19 ff.



Strategien gegen Übererregung

Sehr unterschiedliche Strategien können die Übererregung reduzieren: Nein- Sagen, sich zurückziehen und Reize reduzieren, Konflikte klären, konzentrative Übungen durchführen, Gefühle benennen und Tagebuchschreiben, ein gesundheitsförderlicher Lebensstil (regelmäßig schlafen, essen, trinken etc.).



Strategien gegen Leere und Langeweile

Um aus der Untererregung zu kommen, sind aktive Strategien erforderlich: Bewegung, Computerspiele, Spazierengehen, Gespräche, Tanzen, Musikhören oder einem anderen Hobby nachgehen.



Strategien für den Umgang mit Dissoziationen

In dissoziativen Zuständen werden Emotionen und der eigene Körper abgespalten und nicht mehr direkt erlebt und wahrgenommen. Um dissoziative Zustände zu beenden sind sehr starke sinnliche Reize wirkungsvoll: auf eine Pepperoni beißen, sich unter eine kalte Dusche stellen, Amoniak oder Pfefferminzöl riechen, Eiswürfel in den Nacken legen. Genau nachzuspüren, wie die eigenen Füße beim Gehen abrollen, kann hilfreich sein, ebenso das Fokussieren von Verkehrsschildern. Etwas genau betrachten und beschreiben, reduziert dissoziative Zustände.

Wenn Mitarbeiter intensiver und öfter mit Borderline-Betroffenen arbeiten, ist es hilfreich, ein Repertoire an aktivierenden Materialien im Büro zu haben, z. B. Bälle, die man sich zuwerfen kann; sinnliche Materialien, wie z. B. einen Igelball oder Minzöl. Machen Sie Ihren Klienten diese Mechanismen bewusst. Sie können und sollen selbst erleben und ausprobieren, wie sie z. B. durch einen Spaziergang und die aufmerksame Beobachtung von Laub oder Farben am Himmel aktiviert und aus emotional tauben Zustän-

den wieder auftauchen können. Machen Sie sich als Mitarbeitende allerdings klar, dass viele dieser Methoden in der psychotherapeutischen Arbeit vermittelt und angewendet werden. Seien Sie sich Ihrer eigenen Rolle bewusst und klären Sie für sich, wie weit Sie in der Anwendung dieser Methoden in der Alltagsbegleitung gehen möchten und wie viel Raum Sie dafür haben.

Im Rahmen psychotherapeutischer Behandlungen wurden verschiedene Strategien (engl. Skills) zur Verbesserung der Selbststeuerung entwickelt, die von vielen Betroffenen weiterempfohlen und genutzt werden. Nachfolgend ein kurzer Überblick:

Skillstraining

Unter Skills versteht man in der Dialektisch-Behavioralen Therapie Fertigkeiten, die helfen, die Anspannung zu reduzieren und ohne Selbstschädigung aus krisenhaften Situationen herauszufinden. Diese Skills werden meist in »Skillsgruppen« (Bohus & Wolf 2009, Blum u. a. 2009) eingeübt. Skillsgruppen werden oft im Rahmen einer stationären oder ambulanten Behandlung angeboten.

Die eingeübten Fertigkeiten beziehen sich auf sechs Bereiche:

- Stresstoleranz,
- Umgang mit Emotionen,
- zwischenmenschliche Fertigkeiten,
- Achtsamkeit,
- körperliche Gesundheit,
- Probleme bewältigen.

Auch bei einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ist es hilfreich, wenn man weiß, was einem guttut, und das kann individuell sehr verschieden sein. Es hängt mit den Vorerfahrungen zusammen, was einem liegt und Freude bereitet. Es können auch sehr kleine alltägliche Dinge sein, wie Spazierengehen, in die Badewanne legen oder sich mit einer Freundin im Café treffen. Um bei Ihren Klienten möglichst viele Ideen anzuregen, können Sie die Liste positiver Aktivitäten verwenden. Betroffene können auch einen Plan aufstellen und hier vor allem die positiven Aktivitäten und Gewohnheiten planen.

Download Liste positiver Aktivitäten

Empowerment und Recovery ab S. 26

»Wenn es mir schlecht geht, dann ist meine Katze für mich da. Sie hat mich durch schwierige Zeiten meiner Erkrankung begleitet. Wenn ich für sie sorgen kann oder mit ihr herumschmuse, dann geht es mir oft schon besser. Sie ist ein wichtiger Teil meines Lebens geworden.«

BEISPIEL

»Für mich ist Tagebuch, E-Mails oder Briefe schreiben ganz wichtig geworden. Dann komme ich wieder aus meinen negativen Gedanken und Stimmungen heraus. Mir tut es gut, wenn ich das ganze Zeug, das ich so im Kopf habe, wegschreiben kann.«

Wir alle tragen gesunde Anteile in uns, egal welche Probleme wir gerade mit uns selbst haben. Jene stabilen Anteile, die mit Wohlbefinden und positivem Erleben verbunden sind, sollten wir pflegen wie ein Gärtner, der seine Rosenbeete hegt und pflegt. Das gilt auch für Menschen mit einer Borderline-Störung.



Unterstützen Sie bei der Alltagsbewältigung!

Klienten mit einer Borderline-Störung erscheinen auf den ersten Blick kompetent. Sie vermitteln, dass sie ihren Alltag im Griff haben. Erst wenn sie jemanden näher kennenlernen und Vertrauen fassen können, gewähren Borderliner Einblicke in all das, was nicht funktioniert. Dann wird deutlich, dass viele Kompetenzlücken bestehen und dass einige Lebensbereiche fast gänzlich brachliegen oder überhaupt nicht angepackt werden. Manchmal sind dies Ämtergänge, manche gehen grundsätzlich nicht ans Telefon oder vermeiden es aus Angst, den Zahnarzt oder Frauenarzt zu besuchen. Die letzten Arztbesuche liegen vielleicht schon Jahre zurück, obwohl eine ärztliche Behandlung dringend notwendig wäre. Einigen Klienten bereitet der Umgang mit Geld große Schwierigkeiten. Manche schaffen es gerade noch, die beruflichen Anforderungen zu erfüllen, für alles andere fehlt ihnen die Kraft.

Die Vermeidungsstrategien wirken sich negativ auf die Alltagsbewältigung aus. Hier benötigen Betroffene Unterstützung. Wichtig ist dabei, dass sie auch bei der Nutzung von Unterstützungsmöglichkeiten ein Gefühl der Kontrolle bewahren. Informieren Sie daher nur, welche Unterstützung möglich ist. Die Wahl der Ziele und Mittel liegt bei den Klienten. Wenn Betroffene erfahren, dass sie wieder Geld beziehen, bei einem schwierigen Arztbesuch begleitet werden oder ihnen bei einem Umzug geholfen wird, sodass der Wohnraum gesichert ist, dann fassen sie häufig Vertrauen und sind bereit, über weitere Probleme zu sprechen. Wichtig ist: Leisten Sie Hilfe zur Selbsthilfe aber nehmen Sie Ihren Klienten keine Verantwortung ab und achten Sie darauf, dass Betroffene sich selbst aktiv engagieren.



»Wie hoch ist Ihre Anspannung?«

Immer wieder geraten Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in emotionale Krisen. Viele können ihre Gefühle dann nur schwer benennen. Sie werden überflutet und bemerken lediglich, dass all die Gefühle mit enorm hoher, innerer Anspan-

nung verbunden sind. In der Regel können die Betroffenen aber verschiedene Stärkegrade bei der Anspannung unterscheiden. Das ist ein erster Ansatzpunkt für die Krisenbewältigung.

BEISPIEL

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können also fragen: »Wie stark ist die Spannung im Moment auf einer Skala zwischen 1 und 10? Eine 1 bedeutet gar keine Spannung, eine 5 mittlere Spannung, 10 extrem hohe Spannung.«

Zwischen hoher Anspannung und Dissoziationen besteht ein enger Zusammenhang. Je größer die Anspannung, desto wahrscheinlicher ist das Auftreten von dissoziativen Symptomen. Leider versuchen nicht wenige Betroffene Dissoziationen mit selbstschädigendem Verhalten zu begegnen.
Damit dies nicht nötig wird, können Sie im zweiten Schritt Selbsthilfestrategien oder Skills vorschlagen, damit die Spannung weniger wird.
In Krisenzeiten erinnern sich die Betroffenen nicht immer daran, was sie eigentlich tun können, wie sie ihre Anspannung loswerden können, ohne sich selbst zu schaden. Selbsthilfestrategien sind präsenter, wenn sie in einen Notfallkoffer gepackt werden.

Packen Sie gemeinsam mit Ihren Klienten einen Notfallkoffer.

Die Idee beinhaltet, dass die Betroffenen ihre persönlichen Krisenhilfen immer bei sich haben. Zunächst müssen die Betroffenen herausfinden, was ihnen hilft. Dabei sind der Kreativität keine Grenzen gesetzt. Das Notfallpaket kann ein realer Koffer sein, ein Rucksack oder eine Schachtel, in der die Gegenstände und Erinnerungshilfen aufbewahrt werden. Viele Betroffene greifen je nach Spannungsgrad zu unterschiedlichen Gegenständen bzw. Strategien. Im Koffer können Bilder von der geliebten Katze sein, ein Igelball, Pfefferminzöl, Ammoniak, Pepperoni-Gummibärchen, Gedichte, Brausetabletten, Gummiband für das Handgelenk etc.
Viele Betroffene versuchen, jede Krise allein zu meistern, und scheitern daran. Es kommt zu Eskalationen. Wenn Krisen nicht mehr allein bewältigt werden können, ist es wichtig, dass Betroffene lernen, Hilfe in Anspruch zu nehmen und dass sie wissen, wo und wie sie Unterstützung finden. In einem Krisenplan werden deshalb alle wichtigen Unterstützungspersonen mit deren Telefonnummern notiert. Der Krisenplan sollte mit den Krisenhelfern abgesprochen werden, sodass die Betroffene maximale Kontrolle bewahrt und von den gewünschten Personen auch die angemessene Hilfe erfährt. Hilfesuchendes Verhalten in Krisen sollte bestärkt werden, so lassen sich die Eskalationen auf Dauer vermeiden.

Krisenplan siehe S. 75 ff.



ABBILDUNG 18

Notfallkoffer: Ammoniakflasche, Chillischoten, Igelball, Pfefferminzöl, Sudoku, Bilder von meiner Katze, Briefe von Freunden

Auch Medikamente können Krisenmittel sein. Allerdings gibt es keine speziellen für Borderline entwickelten und von der Krankenkasse zugelassenen Medikamente. Für einige wenige Medikamente wurde eine gewisse Wirksamkeit nachgewiesen: Olanzapin (Zyprexa®) zur emotionalen Beruhigung, Valproinsäure (Valproat®) zur Dämpfung von Aggressivität und Impulsivität. Bei schweren Selbstverletzungen und Dissoziationen kann Naltrexon (Nemexin®) zum Einsatz kommen. Betroffene dissoziieren dann nicht mehr so leicht, allerdings mit der Folge, dass sie viel stärker mit unangenehmen Gefühlen und Realitäten konfrontiert werden. Manche Betroffene erleben die Einnahme von Nemexin® als sehr unangenehm. Häufig werden zur Beruhigung, Angstlinderung oder als Schlafmedikation Benzodiazepine (z.B. Tavor®) verordnet. Bei langfristiger Einnahme besteht dann allerdings die Gefahr einer Abhängigkeit.



Es gibt keine Pille gegen Borderline.

Wenn Ihre Klienten auch noch unter Angststörungen oder Depressionen leiden, sollte das entsprechend behandelt werden. Die medikamentöse Behandlung ist jedoch immer Sache des Arztes.
Die Dauer der medikamentösen Therapie sollte immer wieder neu besprochen werden. Fragen Sie Ihre Klienten auch nach den Nebenwirkungen. Die zurzeit langfristig wirkungsvollste Behandlung der Borderline-Störung ist die Psychotherapie.
Wir haben gesehen, dass Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung häufig von ihren Gefühlen überrollt werden, dass



Kopf und Bauch auf dem Papier zusammenbringen

sie diese Gefühle oft nicht benennen oder in Zusammenhang mit dem Geschehen um sie herum bringen können. Wenn Betroffene versuchen, Situationen und Gefühle niederzuschreiben, ein Tagebuch oder Gefühlsprotokolle führen, kann es ihnen helfen, das eigene Verhalten nachzuvollziehen. Sie müssen dann Worte finden und können so einen Zusammenhang zwischen Gefühlen, Gedanken und Verhalten herstellen. Durch das Aufschreiben lassen sich Erinnerungslücken füllen und manche verpasste Gelegenheit für eine alternative Bewältigung kann offensichtlich werden. Regen Sie bei Ihren Klienten an, ihre Gefühle und Erlebnisse, beispielsweise nach einem Konflikt oder einer Eskalation, aufzuschreiben.
Mitunter werden diese Aufzeichnungen nachträglich mit der Therapeutin in sogenannten Verhaltensanalysen besprochen. Dabei wird nachvollzogen, was alles passiert ist und ab wann die Situation vollends eskaliert ist.

BEISPIEL

Eine Klientin verriet mir: »Oft geht alles so schnell, ich weiß dann gar nicht mehr, wie das alles gekommen ist. Irgendwann ist der innere Druck so groß, dass ich mich schneiden muss. Erst wenn ich mich geschnitten habe, kann ich wieder klar denken.«



Sachlicher Umgang mit selbstverletzendem Verhalten

Dies ist eines der schwierigsten Themen für Fachkräfte: der Umgang mit selbstverletzendem Verhalten. Wenn Menschen sich selbst schneiden oder verbrennen, erzeugt das viel Unsicherheit und Fachkräfte reagieren ganz oft sehr emotional und heftig. Manche verbieten die Selbstverletzungen generell, brechen die Reha-Maßnahme ab oder veranlassen Zwangseinweisungen. Andere wollen die Selbstverletzungen am liebsten überhaupt nicht wahrnehmen, tabuisieren sie und vermeiden das Thema einfach.
Beide Extreme helfen den Betroffenen nur wenig und führen eher dazu, dass Selbstverletzungen von ihnen gezielt eingesetzt werden, z. B. um einen Abbruch von Maßnahmen oder Beziehungen zu bewirken oder die Aufmerksamkeit der Mitarbeiter zu gewinnen. So besteht die Gefahr, dass Mitarbeitende zu einer Chronifizierung beitragen. Wenn solche Teufelskreise drohen, sollten Sie dringend eine Supervision oder eine ausführliche Fallbesprechung durchführen und Ihr professionelles Handeln reflektieren.
Für Betroffene ist es hilfreich, wenn ihre Not gesehen wird und gleichzeitig ein sachlicher Umgang mit Selbstverletzungen möglich ist. Konkret bedeutet dies, dass Wunden angemessen versorgt werden. Bei tieferen Verletzungen kann das auch bedeuten, gemeinsam mit den Betroffenen einen Arzt aufzusuchen. Mitarbeitende

können beim Arzt gegebenenfalls Verständnis vermitteln und erklären, dass zur Zeit noch wenig Alternativen vorhanden sind, die inneren Spannungen zu lösen.
Der Umgang mit Selbstverletzungen ist immer eine Gratwanderung: Betroffene sollten auf der einen Seite keine erhöhte oder besondere Aufmerksamkeit bekommen, andererseits sollten sie nicht bestraft werden für das selbstverletzende Verhalten. Ein sachlicher Umgang und ein geduldiges Begleiten, bis Betroffene bessere Alternativen gefunden haben, sich selbst zu steuern, ist häufig ausreichend. Sprechen Sie mit Ihren Klienten möglichst innerhalb derselben Woche nach einer Selbstverletzung noch einmal darüber. Fragen Sie, wie es dazu kam, und gehen Sie Alternativen durch: Was kann die Betroffene das nächste Mal tun, dass der Notausstieg durch Selbstverletzungen nicht genutzt werden muss? Dabei können immer wieder neue Strategien entwickelt werden, die dann Teil des Krisenplans werden oder in den Notfallkoffer kommen.
Selbstverletzungen werden bei vielen Betroffenen nach einer gewissen Zeit immer nebensächlicher und treten erst dann wieder auf, wenn Spannungen oder die seelische Not sehr groß sind.



Nicht immer sind die Verletzungen offensichtlich.

Viele Betroffene sind sehr geübt mit der Versorgung der Wunden, sodass Mitarbeitende erst nach der Selbstverletzung sehen oder erfahren, dass wieder geschnitten wurde. Häufig ist selbstverletzendes Verhalten aber auch nicht sichtbar und Betroffene wollen auch gar nicht, dass man etwas erfährt. Sie fügen sich Verletzungen an verborgenen Stellen zu, z. B. durch Nadelstiche, Verbrennungen, Verbrühungen an den Füßen oder anderen Körperteilen, indem sie mit dem Kopf gegen die Wand schlagen oder sich beißen und schlagen.



Selbstverletzendes Verhalten hat für Betroffene eine bestimmte Funktion.

In der Regel lässt sich selbstverletzendes Verhalten klar von suizidalem Verhalten unterscheiden. Betroffene haben nicht die Absicht, sich das Leben zu nehmen, sondern möchten sich durch körperlichen Schmerz von seelischem Schmerz befreien. Gewöhnlich geht es den Betroffenen nach den Selbstverletzungen deutlich besser. Sie fühlen sich erleichtert, spüren weniger innere Spannung. Im Gehirn wurde Morphin freigesetzt, sodass das körperliche Schmerzempfinden deutlich reduziert ist. In diesem Sinne sind Selbstverletzungen Bewältigungsversuche, ein Weg der Betroffenen, mit ihrer seelischen Not umzugehen. Es gibt noch weitere Funktionen von Selbstverletzungen: Manche Betroffene wollen sich selbst bestrafen. Die Verletzungen können ein Ausdruck von Selbsthass sein. Einige Betroffene versuchen unerträgliche Gefühle

der Leere, Traurigkeit oder dissoziative Zustände zu beseitigen. Andere Betroffene versuchen, ihre Suizidfantasien und -impulse abzuwehren.

Manchmal können Selbstverletzungen eine zwischenmenschliche Funktion bekommen. Sie können ein versteckter, vereinzelt auch ein demonstrativer Ruf nach Zuwendung sein: »Kümmere dich um mich!«

Auch wenn sich selbstverletzendes Verhalten normalerweise deutlich von suizidalem Handeln unterscheidet: Wenn sehr schwere, anhaltende Selbstverletzungen mit Suizidgedanken und -plänen gepaart sind, kann das ein deutlicher Hinweis für eine akute suizidale Gefährdung sein.

Umgang mit suizidalen Krisen siehe S. 236 ff.

Ganz oft hat das selbstverletzende Verhalten eine längere Geschichte, und wenn Betroffene beginnen, über ihre Selbstverletzungen zu reden, können Mitarbeiter erfahren, welche Funktion im Vordergrund steht.



Üben Sie Toleranz, aber treffen Sie klare Regelungen wie weit sie geht.

In manchen Phasen der Erkrankung haben die Betroffenen die Überzeugung, dass sie nicht auf selbstverletzendes Verhalten verzichten können. Wenn es sich dabei um keine massiven selbst- oder fremdgefährdenden Verhaltensweisen handelt, kann dies toleriert werden. Stört das selbstverletzende Verhalten jedoch die eigene Rehabilitation oder werden andere durch das Verhalten beeinträchtigt, kann die Fortsetzung einer Maßnahme infrage gestellt werden. Treffen Sie dazu eine klare Vereinbarung mit den Betroffenen und verabreden sie alternative Verhaltensweisen zur Spannungsreduktion. Nennen sie ganz deutlich die Konsequenzen, wie Sie als Fachkraft mit weiteren Selbstverletzungen umgehen werden.

Ein sachlicher und konstruktiver Umgang mit selbstverletzendem Verhalten ist in drei Schritten möglich.

1. Lernen Sie die Funktion des selbstverletzenden Verhaltens kennen, versuchen Sie es zu verstehen.

Mitarbeitende sollten dabei mit Betroffenen ein gemeinsames Verständnis erarbeiten. Hilfreich sind Situations- und Verhaltensanalysen. Die Betroffenen schreiben auf: Wann habe ich mich selbst verletzt?, Was ist vorher geschehen?, Was ist danach geschehen?, Welche Gefühle sind vor der Situation aufgetreten?, Welche Gefühle waren es in der Situation?, Wie hoch war die innere Spannung? etc.

So wird sowohl für Ihre Klienten selbst als auch für Sie als Mitarbeiterin der Kontext deutlich, in dem die Selbstverletzungen auftreten, was sie verstärkt oder verhindert.

Mitarbeitende können Betroffene im Gegenzug über die vielen verschiedenen Funktionen von Selbstverletzungen informieren. Betroffene merken dann, dass Fachkräfte Verständnis haben für ein Verhalten, das die Betroffenen manchmal an sich selbst hassen.

2. Besprechen Sie kurzfristige Strategien.

Entwickeln Sie gemeinsam mit Ihren Klienten Strategien, die es für die Klienten schwerer machen, sich zu verletzen oder die Verletzung gar verhindern, z. B. keine Rasierklingen im Zimmer aufbewahren; sich melden im Dienstzimmer, wenn der Schneidedruck hoch ist; den Notfallkoffer nutzen.

3. Erarbeiten Sie längerfristig alternative Verhaltensweisen.

Im dritten Schritt geht es darum, neue, unschädlichere Verhaltensmöglichkeiten zu erarbeiten und langfristig einzuüben. Oft ist es gar nicht so einfach, echte Alternativen zu finden. Alternativen, die genauso schnell wirksam sind. Die Suche kann darum ein längerer Prozess sein, bei dem es immer wieder zu Rückfällen kommt.

Ewald Rahn (2008, S. 123 f.) formuliert für Betroffene folgende Regeln im Umgang mit Selbstverletzungen. Es ist gut, wenn Fachkräfte diese Regeln kennen und bei ihren Klienten anregen:

» Finden Sie heraus, welche Handlungen, Gedanken und Gefühle selbstverletzendes Verhalten verstärken. Versuchen Sie etwas gegen diese Verstärker zu tun.

Überlegen Sie, welche Rechtfertigungen für das selbstverletzende Verhalten gefunden werden können. Finden Sie heraus, welche Gegenargumente existieren.

Entwickeln Sie Alternativen, um mit Belastungen fertig zu werden.

Suchen Sie Bestätigungen von anderen für den Wunsch, mit dem selbstverletzenden Verhalten aufzuhören.

Suchen Sie nach äußeren Bedingungen, die selbstverletzendes Verhalten unwahrscheinlich machen. Eventuell ist die Suche nach sozialer Unterstützung hilfreich.

Werten Sie Ihre Erfahrungen fortlaufend aus und verändern Sie die Ziele und die Planung, wenn Fortschritte erzielt worden sind. «

Mittlerweile gibt es vielfältige ambulante und stationäre störungsspezifische Therapieangebote für Menschen mit einer Borderline-Störung. Sie sollten genutzt werden. Borderline-Betroffene profitieren deutlich mehr von Angeboten, die auf sie zugeschnitten sind. Sie benötigen allerdings oft Unterstützung und Beratung, damit sie Zugang zu diesen Angeboten bekommen.

Angststörungen

Jeder Vierte leidet irgendwann im Laufe seines Lebens unter einer Angststörung. Angststörungen zählen neben depressiven Störungen zu den am häufigsten verbreiteten psychischen Erkrankungen. Die meisten Angststörungen neigen dazu, chronisch zu werden, wenn sie nicht frühzeitig behandelt werden. Sie treten sehr häufig in Verbindung mit anderen psychischen Störungen auf, vor allem mit anderen Angststörungen und depressiven Störungen. Man unterscheidet drei verschiedene Angststörungen: Phobie, Panikstörung und generalisierte Angststörung.

Berichte von Betroffenen

Phobie

BEISPIELE

Seitdem Thomas an einer Psychose erkrankt ist, hat er verschiedene Ängste entwickelt. Ihm fällt es schwer, ohne Angst öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen oder unter Menschen zu sein. Am meisten beeinträchtigt ihn seine Höhenangst. Als ausgebildeter Maler und Lackierer muss er häufig auf einem Gerüst arbeiten. Ab der zweiten Gerüsthöhe hat er so sehr Angst, dass er zu zittern beginnt und kaum noch einen Fuß vor den anderen setzen kann. Er ist sich unsicher, ob er noch seinen Beruf ausüben kann.

Martina nimmt an einer therapeutischen Gruppe teil. Die Sozialarbeiterin aus der WfbM riet ihr wegen ihrer sozialen Ängste dazu. Sie hat Angst vor ablehnenden Kommentaren der anderen in der Gruppe. Deshalb entschloss sie sich dazu, in der Gruppe nicht zu sprechen. Dies hatte zur Folge, dass andere Gruppenteilnehmer das schweigsame Verhalten seltsam fanden und abfällig kommentierten. Es trat ein, wovor Martina sich am meisten gefürchtet hatte. Als Nächstes wollte sie nicht mehr an der Gruppe teilnehmen, weil sie befürchtete, kritisiert und abgelehnt zu werden.

Panikstörung

BEISPIEL

Rolf hat in den letzten Jahren immer wieder Panikgefühle in Autotunneln. Einmal musste er mitten in einem langen Tunnel in einer Nothaltebucht stoppen, weil er stark zitterte und glaubte, er würde im Auto einen Herzinfarkt erleiden und am Steuer ohnmächtig werden. Sein Herz begann wie wild zu rasen. Er hatte das Bild seines Onkels vor Augen, der an einer Herzerkrankung leidet und ohnmächtig wurde. Er hatte Angst, dass ihm das selbe passieren könnte. Er beobachtete ängstlich sich selbst und konnte sich nicht mehr auf den Straßenverkehr konzentrieren. Das Herz schlug ihm bis zum Halse, Schweiß perlte auf seiner Stirn. »Ich werde gleich ohnmächtig. Ich halte das nicht mehr aus«, schoss es ihm durch den Kopf. Sein Glück war nur, dass sein Handy auch im Tunnel funktionierte, er schaffte es gerade noch, einen Krankenwagen zu rufen.
Seitdem plant er alle Autofahrten so, dass er keine Tunnel passieren muss. Er nimmt teilweise erhebliche Umwege und verlängerte Fahrtzeiten auf sich.

Generalisierte Angststörung

BEISPIEL

Hermann macht sich ständig Sorgen. Er malt in kräftigsten Farben Katastrophenszenarien aus: »Habe ich wirklich beim Aussteigen aus dem Auto die Handbremse gezogen? Ich glaube, es wird den Berg herunterrollen«, »Es ist eine Katastrophe, wenn ich nicht pünktlich zum vereinbarten Termin erscheine«, »Wird mir mein Geld zum Leben reichen?«. Die Sorgen können um Krankheit, Arbeit, Geld etc. kreisen oder ob die Handwerker ihre Arbeit korrekt erledigen.

Was wir alle kennen

» Ohne die Fähigkeit zur Angst wären wir nicht in der Lage, uns vor Gefahr zu schützen. Die Menschheit wäre ausgestorben. Und auch die individuelle Angst ist nicht unbedingt als Störung zu betrachten, sondern zunächst eine notwendige Überlebensstrategie. Angst-Nähe, -Bedürfnis oder auch -Lust sind biographisch und vielleicht auch

konstitutionell bedingt individuell unterschiedlich ausgeprägt. Erst wenn die Angst sich verselbständigt und ausweitet, von Anlässen entkoppelt und generalisiert, wird sie selbst zu der Gefahr, vor der sie vorgibt zu schützen. « (Thomas Bock 2010)

Angst ist ein normales und alltägliches Gefühl mit der Funktion, uns vor Gefahren zu warnen.

In stressigen Lebensphasen kennen Sie vielleicht auch den Gedanken: »Werde ich das alles schaffen?«. Vielleicht spüren Sie dann, wie Anspannung, Unsicherheit oder Angst die Sorgen begleiten. Deutlicher ist das Angstgefühl, wenn unser Auto bei Glatteis ins Schlingern gerät oder wir vor einer Prüfung stehen und feststellen, dass wir schlecht vorbereitet sind.

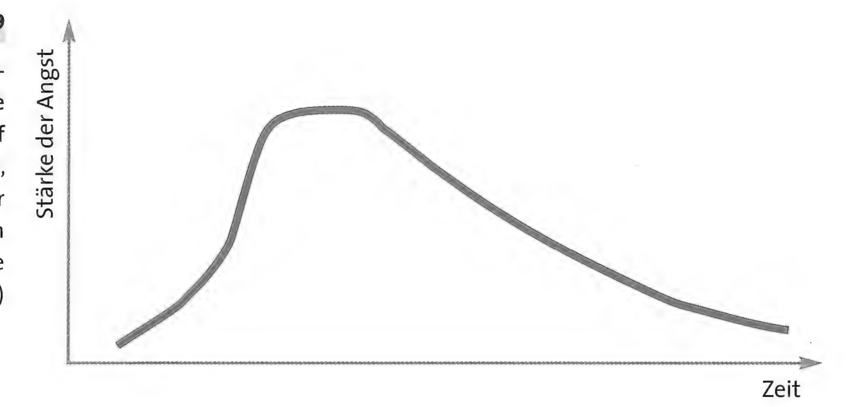
Angst bereitet unseren Körper vor, zu reagieren. Es läuft in unserem Körper die Stressreaktion ab. Angst macht uns wach, hält uns an, vorsichtig zu sein oder uns ganz aus der Situation zurückzuziehen. Je stärker das Gefühl ist, desto stärker entsteht der Impuls, zu handeln.

Angst ist zwar in der Regel unangenehm, aber es ist in unserem Organismus ein tief verankertes, überlebenswichtiges biologisches Muster.

Wenn man Angst wahrnimmt und zulässt, kann das Gehirn die Informationen, die das Gefühl in sich trägt, verarbeiten. Deshalb ist es wichtig, dem natürlichen Rhythmus des Gefühls zu folgen, es kommen und gehen zu lassen. Wenn wir die Angst nicht unterbrechen, abblocken oder vermeiden, ist das möglich. Hat unser Verstand die Informationen verarbeitet, ist die Funktion des Gefühls erfüllt. Es kann wieder abklingen. Deshalb sollte man sich selbst erlauben, Angst zu erleben. Auch die schlimmsten Ängste klingen nach einer gewissen Zeit auch ohne unsere Beeinflussungsversuche von selbst wieder ab.

ABBILDUNG 19

Gefühle sind vergänglich: der typische Gefühlsverlauf (Berking 2008, mit freundlicher Genehmigung von Springer Science and Business Media)



Wenn wir Angst erleben, läuft eine körperliche Reaktion, die Stressreaktion, in uns ab. Auf körperlicher Ebene wird dafür gesorgt, dass wir angeregt werden, Energie zur Verfügung haben, um die Gefahr zu bewältigen, oder, falls die Gefahr zu bedrohlich erscheint, die Flucht zu ergreifen.

Angst ist ein lebenswichtiges Gefühl, das uns vor Gefahren warnt. Es entsteht, wenn wir zu schnell in eine Kurve fahren, wenn wir vor einer wichtigen Prüfung stehen, oder wenn Menschen uns bedrohlich erscheinen. Angst ist ein normales Gefühl und sie kann in vielen Alltagssituationen auftreten, die für uns ungewiss und unkontrollierbar erscheinen. Angst hat die Funktion, uns vor Gefahren zu warnen. Die Angst selbst ist keine Gefahr, sie signalisiert uns nur, dass wir besonders aufpassen müssen und macht uns wach und aufmerksam für Bedrohungen.

Wenn Angstgefühle ausbleiben, kann das dazu führen, dass wir Gefahren übersehen. Die meisten Angststörungen bestehen jedoch darin, dass sich die Angst verselbständigt: Zu viel Angst ist da. Angst ist dann nicht mehr ein guter Ratgeber für Gefahren. Es entstehen zunehmend Nachteile und Beeinträchtigungen, alltäglichen Anforderungen zu entsprechen. Die Tendenz, die Angst an sich zu vermeiden und damit alles, was die Angst auslöst, nimmt immer mehr zu.

Auf einer Skala von 1 bis 10 kann man sich den Übergang von der Angst als normales und funktionales Gefühl zur Angststörung so vorstellen:



Von der normalen Angst zur Störung

1. Normales Erleben, niedrige Ausgangserregung; neue Situationen werden als Herausforderungen gesehen. Angst tritt nur auf in akuten Gefahren.
2. Eine neue Herausforderung löst Unsicherheit und leichte Anspannung aus.
3. Unsicherheit in neuen Situationen, Unruhe, Sorge.
4. Kurzfristig erhöhte Erregung und Anspannung.
5. Erhöhte Erregung und Unsicherheit in neuen Situationen. Auftreten von Unsicherheiten, um wach und aufmerksam zu sein.
6. Erhöhte Grunderregung. Eher sorgenvoll, etwas ängstlich.
7. Ausmalen von Katastrophen. Erhöhte Angstbereitschaft.
8. Erhöhte Grunderregung, negative Erwartungen, sorgenvoll – unabhängig von der Realität.
9. Ausmalen von Katastrophen, über längere Zeiträume erhöhte Erregung und Anspannung – unabhängig von einem äußeren Auslöser.
10. Angststörung.

Unterschiedliche Ursachen von Angst

Ängste entstehen hauptsächlich, wenn Situationen uns bedrohlich erscheinen und wir unsere Fähigkeit, die Situation zu bewältigen, als gering einschätzen, z. B. eine Prüfung, auf die wir schlecht vorbereitet sind oder ein Angriff durch einen bissigen Hund.
Wie wir uns und unsere Fähigkeiten einschätzen, hängt stark von unseren Vorerfahrungen ab. Wenn ich in der Kindheit von einem Hund gebissen und stark bedroht wurde, schätze ich als Erwachsener Situationen mit Hunden anders ein, als jemand, der mit Hunden aufgewachsen ist und den Umgang mit Hunden gewohnt ist. Wenn ich in der Kindheit viele schmerzhafte Erfahrungen beim Zahnarzt machen musste, gehe ich als Erwachsener mit anderen Gefühlen zum Zahnarzt als jemand, der nie große Probleme mit seinen Zähnen hatte und sich an keine negativen Zahnarzterfahrungen erinnern kann.

Traumasensibilität siehe S. 220 ff.

Insbesondere traumatische Erlebnisse wirken sich stark auf unsere spätere Angstbereitschaft und die Bewertung der Gefährlichkeit von Situationen aus. Wir haben dann Angst, dass wir erneut mit dieser schlimmen Situation konfrontiert werden. Zusätzlich werden in unserem Gehirn traumatische Erinnerungen abgespeichert, sodass wir in ähnlichen Situationen tendenziell mit einer stärkeren Angst reagieren. Angst kann auch ausgelöst werden, wenn keine reale Gefahr droht. Wir reagieren dann nur, weil wir uns an die vergangene Gefahr erinnern.
Schon bei Säuglingen kann man ganz früh beobachten, dass sie mit unterschiedlicher Angstintensität reagieren. Dies lässt den Schluss zu, dass es von Geburt an eine individuell verschieden ausgeprägte Angstbereitschaft gibt. Menschen mit einer höheren Angstbereitschaft reagieren schneller und intensiver in neuen Situationen mit Angst und beruhigen sich langsamer.
Wir lernen Ängste von unseren engsten Bezugspersonen. Wenn unsere Eltern sich schnell bedroht fühlen, sehr ängstlich sind und uns vermitteln, dass diese Welt ein gefahrvoller Ort ist, dann übernehmen wir sehr wahrscheinlich diese Bewertungen.

BEISPIELE

Heiner erzählt, dass seine Mutter immer Angst um ihn hatte, er durfte auf keinen Baum klettern, in keinem Bach spielen. Seine Mutter erzog ihn so, dass er jedes Risiko vermeiden sollte, sonst könnte ihm etwas passieren. Heiner gelingt es bis heute nicht, riskante Situationen realistisch einzuschätzen. Er vermeidet Risiken bis heute. So hat er viele Kompetenzlücken. Er konnte auch keine positiven Bewältigungserfahrungen machen, z. B. dass man auch einen Baum besteigen kann, ohne dass etwas passiert und dass es sogar Spaß bereiten kann, Risiken einzugehen.

Annabell berichtet, wenn in ihrer Kindheit ein Verwandter krank war oder der Opa im Sterben lag, wurde dies von ihr ferngehalten. Es wurde nie über Tod und Sterben gesprochen. Sie hat seitdem eine starke Angst vor allem, was irgendwie an Tod, Sterben oder Krankheit erinnert.

In beiden Fällen gelang es den Eltern nicht, die Kinder dabei zu begleiten, stufenweise Angst und belastende Situationen zu ertragen und zu bewältigen.
Wenn Angstgefühle eines Kindes bagatellisiert, entwertet oder nicht ernst genommen werden, kann es ebenfalls nicht lernen, damit umzugehen. Durch Vermeidung, Unterdrückung und Ablenkung, kann keine Angsttoleranz entwickelt werden. Für Kinder ist eine positive, wertschätzende Haltung gegenüber der Angst erforderlich und ein stufenweises Heranführen und Ertragen von Ängsten hilfreich, um eine angemessene Bewältigung zu erlernen.
Angst kann die Begleiterscheinung einer körperlichen Erkrankung sein. Bei Asthmaanfällen, Lebererkrankungen, bei einer Schilddrüsenüberfunktion oder einer Herz-Kreislauf-Erkrankung tritt Angst auf. In Verbindung mit den Hormonumstellungen in den Wechseljahren können auch Ängste auftreten.
Angst kann Folge des Konsums bestimmter Substanzen sein. Insbesondere aufputschende Substanzen, wie z. B. Kaffee oder stimulierende Drogen, wie Kokain oder Ecstasy, können Ängste und vor allem Panikattacken auslösen.

Wann wird das normale Angstgefühl zur Krankheit?

Angst ist für uns ein überlebenswichtiges und ganz normales Gefühl. Wann beginnt Angst zur Störung oder zur Krankheit zu werden? Ab wann sollte jemand Hilfe und Unterstützung suchen?
Fachärzte und Therapeuten sprechen dann von einer Angsterkrankung (ALSLEBEN u. a. 2004),

- wenn Ängste unangemessen und stärker als notwendig auftreten;
- wenn Ängste zu häufig auftreten oder zu lange andauern;
- wenn Ängste mit dem Gefühl des Kontrollverlustes über ihr Auftreten und ihr Andauern verbunden sind (also die Angst die Person »kontrolliert«);

- wenn Ängste dazu führen, dass man bestimmten Situationen, ohne dass eine reale Bedrohung vorliegt, aus dem Weg geht, sie vermeidet; man spricht hier von der Angst vor der Angst;
- wenn Ängste mit einem starken Leidensdruck einhergehen.

Wenn Angst sich verselbstständigt und in eigentlich ungefährlichen Situationen auftritt, dann ist sie für die Betroffenen nicht mehr steuerbar und kontrollierbar. Die Befürchtungen allein genügen.

BEISPIELE Hans vermeidet U-Bahn zu fahren, weil er befürchtet jemand zu treffen, der ihn kennen könnte. ×

Für Klaus löst allein schon der Gedanke an eine Panikattacke Ängste aus, sodass er allem ausweicht, was ihn auch nur an eine Panikattacke erinnern könnte. Sein Denken und Handeln ist gelähmt. ×

Die Angst verliert ihre Funktion, vor Gefahren zu warnen. Angst wird dann selbst zu einer Bedrohung für die Alltagsbewältigung und für das eigene Wohlbefinden. Spätestens jetzt sollte eine Behandlung begonnen werden.

Informationen zu Angststörungen

Vordergrund

Häufigkeit

Die Gruppe der Angststörungen ist die häufigste psychische Störung. Circa 10 bis 14 Prozent der Bevölkerung leiden unter einer behandlungsbedürftigen Angststörung. Jeder Vierte leidet im Laufe seines Lebens zu irgendeinem Zeitpunkt an einer Angststörung. Bei Frauen ist es die am häufigsten diagnostizierte psychische Störung, bei Männern die zweithäufigste.
Angststörungen können auch als Begleiterscheinung von anderen Erkrankungen auftreten, z. B. bei Diabetes oder Herz- Kreislauf-Erkrankungen.
Ängste stehen häufig im Zusammenhang mit anderen psychischen Erkrankungen. Insbesondere depressive Symptome überschneiden sich häufig mit Angststörungen. Anhaltende Ängste können Verzweiflung und Hilflosigkeit auslösen, sodass mit der Zeit depressive Symptome hinzukommen. Die Depression kann auch im Vordergrund stehen, bei der Ängste als Begleiterscheinung oder

Folge auftreten. Eine genaue Untersuchung der Zusammenhänge zwischen beiden Störungen ist deshalb besonders wichtig für eine angemessene Behandlung.
Ängste können im Zusammenhang mit einer Psychose ebenfalls auftreten. Psychotische Symptome können sehr verstörend sein, Angst machen. Sowohl in der akuten Phase als auch in der postpsychotischen Phase treten häufig Ängste auf, die man allerdings ganz unterschiedlich behandeln muss.
Man kann zwischen Angst und Furcht unterscheiden. Wenn eine Gefahrenquelle offensichtlich ist, wird die dazugehörige Emotion als Furcht bezeichnet (z. B. »Ich fürchte mich vor Spinnen«). Bei Angst kann man häufig nicht genau angeben, worin die Gefahr besteht (z. B. »Ich habe Angst um meine Gesundheit«).
Furcht oder Panik ist eine Basisemotion, die auch viele Tiere haben. Sie geht mit der Stressreaktion oder »Kampf- und Flucht-Reaktion« einher. Diese Reaktion wird ausgelöst, wenn eine akute Gefahr für Leib und Leben droht. Die Reaktion stellt unmittelbar Energie für die Flucht zur Verfügung. Wenn die Furcht- bzw. eine Panikreaktion ohne eine Bedrohung auftritt, spricht man von einer Panikattacke. Panikattacken ohne reale Bedrohung werden häufig begleitet von der Vorstellung, die Kontrolle zu verlieren, umzufallen, wahnsinnig zu werden oder zu sterben.
Eine Panikattacke zeichnet sich durch drei Komponenten aus:

- kognitiv: »Ich werde sterben«, »Ich verliere die Kontrolle«;
- physiologisch: Herzrasen, Schweißausbrüche, Atem;
- verhaltensbezogen: Vermeidung, Flucht.

Welche Angststörungen gibt es?

Es werden verschiedene Formen von Angststörungen unterschieden:
Eine **Phobie** ist eine ungerechtfertigte Angst vor Objekten, z. B. Spinnen, Hunden, anderen Menschen oder bestimmten Merkmalen einer Situation, z. B. Höhe, öffentliche Plätze, weite Reisen oder öffentliche Verkehrsmittel.



Phobien

Der Betroffene weiß in der Regel, dass die Angst unangemessen ist, er kann sie aber nicht überwinden und hat das starke Bedürfnis die Dinge oder Situationen, vor denen er Angst hat, zu vermeiden.
Spezifische Phobien beziehen sich vor allem auf bestimmte Objekte, wie Spinnen oder Schlangen. Grundlegend für viele Phobien ist ein evolutionsbiologischer Hintergrund. Es ist zunächst sinnvoll,

ängstlich auf Schlangen zu reagieren. Diese Reaktionsbereitschaft kann durch eine spezifische Lerngeschichte verstärkt und durch Konditionierungsprozesse erlernt werden. Ein Betroffener berichtet: »Ich hatte als Kind immer Angst im Keller des Hauses. Zur Strafe wurde ich oft in den Keller gesperrt. Dort habe ich oft die schwarzen großen Spinnen gesehen. Jetzt bekomme ich Angst, wenn ich diese Tiere sehe oder nur an sie denke.«

Von **Sozialer Phobie** spricht man, wenn unangemessene Ängste und Unsicherheiten mit sozialen Situationen verbunden sind. Dazu gehört die Angst, im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen, sich peinlich oder erniedrigend zu verhalten. Situationen, in denen dies eintreten könnte, werden vermieden, z. B. sprechen, schreiben oder essen in der Gegenwart von anderen.

Von **Agoraphobie** spricht man, wenn Menschen Angst vor Menschenmengen, öffentlichen Plätzen, der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel oder Autoreisen haben. Diese Phobie tritt darum so häufig auf, weil in diesen Situationen bei Gefahr eine Flucht schwierig wäre.

Panikstörung

Eine Agoraphobie steht häufig in Verbindung mit einer Panikstörung. **Panikstörungen** zeichnen sich durch spontan auftretende, wiederkehrende, ausgeprägte Angstanfälle aus, die von intensiven, körperlichen Symptomen, wie Herzrasen, Schwitzen, Schwindel etc. begleitet werden. Die Betroffenen entwickeln häufig eine Erwartungsangst, eine Angst vor dem Panikanfall und vermeiden Situationen, in denen Angstanfälle auftreten könnten. Zu diesen Situationen gehören Supermärkte, öffentliche Verkehrsmittel, Menschenmengen etc.



Generalisierte Angststörung

Menschen, die unter einer **generalisierten Angststörung** (GAS) leiden, befinden sich ständig in ängstlicher Besorgnis, dass etwas Schlimmes passieren könnte. Sie grübeln über alltägliche Dinge nach und können nicht aufhören, sich ständig Sorgen zu machen. Schlimmste Befürchtungen und Katastrophenszenarien werden ausgemalt. Die Gedanken kreisen um das, was alles passieren könnte. Mark Twain formulierte das Problem so: »Mein Leben ist voller Missgeschicke ... von denen die meisten nie stattfanden.«

Das Sich-Sorgen-Machen führt zu deutlichen Beeinträchtigungen für die betroffene Person und ihre Umwelt. Weitere Symptome können dazukommen: Verspannungen, Nervosität, Ruhelosigkeit, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen etc.

Das chronische Sorgen wirkt sich mitunter auf das gesamte Leben der Betroffenen aus. Sie rufen beispielsweise ständig bei Familienangehörigen an, um sich nach deren Wohlbefinden zu erkundigen, planen extrem lange im Voraus, vermeiden spontane Aktivitäten oder sehen sich keine Nachrichtensendungen im Fernsehen an, um einer Beunruhigung vorzubeugen.

Welches Erleben steht bei Angststörungen im Vordergrund?

Angststörungen äußern sich auf mehreren Ebenen. Sie sind in der Regel von einem oder mehreren der folgenden Symptome begleitet:

- **Körperliche Angstsymptome**, wie z. B. Herzklopfen oder beschleunigter Puls, Schweißausbrüche, Zittern, Mundtrockenheit, Atembeschwerden, Hitzewallung oder Kälteschauer, Gefühllosigkeit oder Kribbeln, Muskelverspannung oder Schmerzen;
- **Angstverstärkende Gedanken**, wie z. B. Erwartungsängste, Katastrophengedanken, Befürchtungen, die Kontrolle zu verlieren oder in Ohnmacht zu fallen, Angst, zu sterben oder eine schwere Erkrankung zu bekommen;
- **Gefühle**, wie z. B. Hilflosigkeit, Trauer, Verzweiflung oder Unsicherheit
- **Verhalten:** Vermeidung, Rückzug, Sicherheitsverhalten, Schwierigkeiten bei der Alltagsbewältigung, Überreaktion auf Unvorhergesehenes, Reizbarkeit, Einschlafstörungen wegen der Sorgen.

Diese vier Erlebnisanteile müssen nicht alle gleichzeitig auftreten, sie können zeitverzögert und individuell ganz verschieden ausgeprägt sein. Bei manchen Menschen stehen eher die körperlichen Anteile im Vordergrund, bei anderen eher die gedanklichen Anteile, das sorgenvolle Grübeln oder das ausgeprägte Vermeidungsverhalten. Alle vier Aspekte spielen eine wichtige Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Ängsten.

Teufelskreis von Angst und Vermeidung

Die oben beschriebenen Aspekte gehören zusammen und können sich wechselseitig beeinflussen. Im Teufelskreis der Angst kann es zu einer sich selbstverstärkenden Aufschaukelung kommen.

BEISPIEL

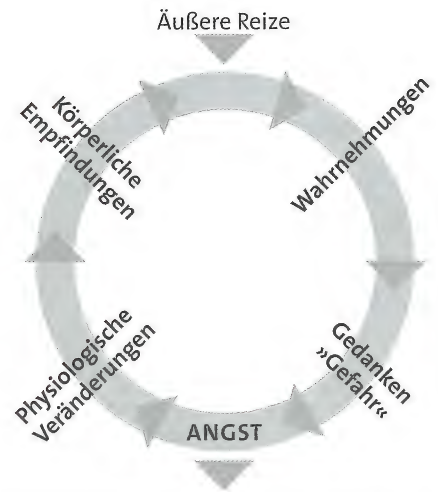
Martins Vater starb an einem Herzinfarkt. Er hat seinen Vater im Krankhaus noch besuchen können und miterlebt, wie er gestorben ist. Diese Erinnerung ist für ihn furchtbar. In letzter Zeit hat er oft seinen Hausarzt und Internisten aufgesucht, um zu überprüfen, ob

sein Herz auch wirklich in Ordnung ist. Er zweifelt an den Ergebnissen. Immer öfter gerät er in Panik.
Wenn die Panik beginnt, dann beobachtet er genau seinen Herzschlag und muss feststellen, dass das Herz manchmal unregelmäßig schlägt. Er erinnert sich sofort an den Herzinfarkt seines Vaters, ist sehr verunsichert und hat große Angst.
Sein Herzschlag verändert sich und wird schneller. »Vielleicht war der Arzt nicht gründlich genug und mit meinem Herzen ist doch etwas nicht in Ordnung?« Seine Aufregung steigt. Die Angst nimmt zu und er konzentriert sich immer mehr auf sein klopfendes Herz, weil eine lebensbedrohliche Gefahr droht. Der Teufelskreis schaukelt sich auf zu einer Panikattacke.

Je mehr Martin auf die körperlichen Symptome achtet, desto bedrohlicher erscheinen sie ihm und umso ängstlicher wird er. Die Katastrophen-Szenarien, die er sich ausmalt, verstärken die Angst zusätzlich und erhalten sie aufrecht. Das normale Abflachen der Angstkurve wird verzögert bzw. es kommt zu einer weiteren Aufschaukelung.

ABBILDUNG 20

Teufelskreis der Angst (Wilms & Wilms 2008, S. 54)

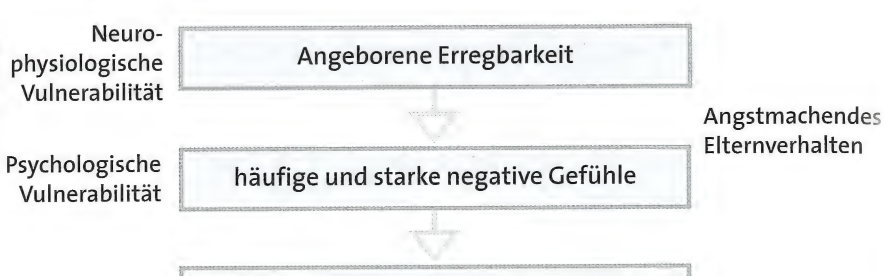


Hintergründe

Wenn wir Angst erleben, ist in unserem Körper das Stress- und Angstsystem aktiviert. Der ganze Organismus wird in Alarmbereitschaft versetzt. Über die Sinnesorgane gelangen Informationen in unser Gehirn. Diese Informationen werden über einen Bereich im Gehirn, den Thalamus auf zwei unterschiedlichen Wegen weitergeleitet. Der eine Weg ist unbewusst und sehr schnell, der andere Weg ist bewusst und deutlich langsamer. Sozusagen »die schnelle Autobahn« führt direkt zur Amygdala. Die Amygdala, auch Mandelkern genannt, spielt eine wichtige Rolle bei der Regelung von Gefühlen und beim Erkennen von Gefahren. Sie löst die Angst- und Stressreaktion aus. Bei anhaltender Erregung können diese Prozesse im Gehirn wesentlich an der Entwicklung einer Angststörung beteiligt sein, aber auch an der Entwicklung anderer Erkrankungen, wie z. B. der Borderline-Persönlichkeitstörung, Bluthochdruck oder Depressionen.
Der langsamere Weg der Verarbeitung führt sozusagen über die Landstraße. Dieser Weg beinhaltet eine bewusste Verarbeitung und Einschätzung der Informationen von Auge und Ohr. Abhängig von der Verarbeitung und Bewertung wird eine entsprechende Reaktion im Körper ausgelöst.
Eine Übersteuerung des Angstsystems kann durch verschiedene Faktoren entstehen.
Negative Erfahrungen, wie z. B. frühe Trennungserlebnisse in der Kindheit, können Spuren hinterlassen. Insbesondere traumatische Erfahrungen wirken auf das Angstsystem. Traumatische Erlebnisanteile werden in der Amygdala gespeichert. In vergleichbaren Situationen reagiert sie und aktiviert auf dem schnellen Weg das Angst- und Stresssystem. Die Erregungsbereitschaft ist erhöht.
Sehr häufig entstehen Angststörungen durch lang anhaltende Belastungs- und Überforderungssituationen. Die Betroffenen funktionieren auf einem hohen Stressniveau. Mit der Zeit entsteht das Gefühl von Hilflosigkeit. Die Betroffenen entwickeln Sorgen und Ängste, die Anforderungen nicht mehr bewältigen zu können und den eigenen Leistungsansprüchen nicht gerecht zu werden. Es besteht die Gefahr, dass das Angstsystem über längere Zeiträume aktiviert bleibt.
Bassler (2010) hat ein Modell zur Entstehung von Angststörungen entwickelt, das verschiedene Ursachen integriert.
Wie bereits erwähnt, kann einer Angststörung eine ererbte Veranlagung, schnell ängstlich zu reagieren, zugrunde liegen. Die Veranlagung bewirkt eine erhöhte neurophysiologische Erregbarkeit mit vermindertem Reizschutz. Auch ein angstverstärkender Erziehungsstil (siehe S. 192 f.) kann die Entwicklung hin zu Angststörungen fördern.

Wenn Eltern vorrangig Vermeidungsverhalten und wenig aktive problemlösende Bewältigungsstrategien vermitteln, können Kinder dieses Verhalten von ihnen übernehmen. In der Folge treten vermehrt negative Gefühle bei den Kindern auf, die wiederum die neurophysiologische Erregbarkeit verstärken. Wenn dann noch Stressbelastungen oder kritische Lebensereignisse hinzukommen, werden die eingeschränkten Bewältigungsmöglichkeiten der mittlerweile vielleicht schon erwachsenen Kinder rasch überschritten. Betroffene werden von ihren negativen Gefühlen und dem Kontrollverlust überflutet. Die intensiven Gefühle und die große körperliche Erregung können sich rasch aufschaukeln zur panischen Angst.

ABBILDUNG 21
Modell zur Entstehung von Angststörungen (nach BASSLER 2010)



Was hilft im Alltag?

Hilfreicher Umgang


Bezugspersonen können entlasten und ermutigen.

Für ängstliche Menschen sind Bezugspersonen im Umfeld, zu denen sie Vertrauen haben können, besonders wichtig. Wenn diese Personen ihnen Hilfsangebote machen und die Hoffnung vermitteln, dass sie der Angst nicht hilflos ausgeliefert sind, dann ist dies besonders wirkungsvoll. Freundliche Menschen, ein Lächeln

und eine liebenswürdige Geste beruhigen die Amygdala und das Angstsystem. Verständnis für die Angst der Betroffenen ist dabei mindestens genauso wichtig.


Konkrete Ziele im Alltag verfolgen!

Wenn sich Betroffene in alltäglichen Lebensbereichen wie Arbeit, Wohnen und Alltagsbewältigung wieder Ziele setzen, hilft das bei der Bewältigung der Angst. Sie sollten sich dabei stufenweise an die Ziele heranpirschen. Unterstützungspersonen, die helfen, den Weg in kleine Schritte und Aufgaben zu unterteilen und die vielleicht noch spezifische Unterstützungsangebote kennen, können dabei sehr entlastend sein.

BEISPIEL

Stephan ist ein Musikliebhaber. Früher war eines seiner größten Vergnügen, stundenlang in CD-Läden zu stöbern. Heute fällt es ihm schwer, in ein Musikgeschäft zu gehen. Er hat Angst vor den vielen Menschen und ist überfordert mit den Eindrücken, die auf ihn einströmen. Trotz der Ängste macht er sich jeden Samstag auf den Weg und besucht ein Musikgeschäft und stöbert in den CD-Regalen. In den ersten Monaten hat ihn immer ein Freund begleitet, aber seit zwei Wochen kann Stephan den Weg auch alleine bewältigen.


Nicht überfordern!

Klienten sollten nicht überfordert werden, vor allem psychisch kranke Menschen, bei denen entwicklungspsychologische Defizite oder frühe Traumata vorliegen, sollten entsprechend ihrer Möglichkeiten gefordert und gefördert werden. Für sie stehen zunächst eine Stabilisierung und unterstützende Gespräche und Angebote im Vordergrund. Wenn die Anforderungen zu groß und mit zu starker Angst verbundenen sind, können die Betroffenen wieder Symptome entwickeln. Erst wenn sie einigermaßen psychisch stabil sind, können erste Schritte in vermiedene und verunsichernde Lebensbereiche gewagt werden. Versuchen Sie behutsam Ihre Klienten zu einer Auseinandersetzung mit ihren Ängsten zu motivieren. Häufig sind es jedoch äußere Ereignisse, die dazu führen, dass Betroffene sich mit angstbesetzten Situationen konfrontieren müssen, wenn beispielsweise keine weiteren stationären Maßnahmen mehr finanziert werden, Termine beim Jobcenter anstehen oder es zu Auseinandersetzungen mit Vermietern kommt. Sie und die Betroffenen sollten versuchen, diese Ereignisse als eine Chance zu begreifen, sich mit den realen Anforderungen des Lebens auseinanderzusetzen.

Für Betroffene ist es ganz wichtig, wieder zu merken, dass sie etwas bewirken können, dass sie Einfluss auf ihr Leben nehmen können.

Selbstwirksamkeit fördern!

Dies ist mit Selbstwirksamkeit gemeint. Alle Maßnahmen und Unterstützungsangebote, die die Selbstwirksamkeit erhöhen und fördern, sind sinnvoll. Dazu gehören Erfolgserlebnisse am Arbeitsplatz oder die erfolgreiche Bewältigung von Alltagsaufgaben oder länger gemiedene Freizeitaktivitäten, z. B. wieder ins Kino gehen.

Reduktion von Sicherheits- und Vermeidungsverhalten

Alle Strategien, die dazu dienen, ein gefürchtetes Ereignis oder eine angstbesetzte Situation zu vermeiden, werden Sicherheitsverhalten genannt.
Sicherheitsverhalten verhindert, dass eine angemessene Überprüfung der Bedrohungsfantasie stattfinden kann. Wenn ein Betroffener nicht S-Bahn fährt, dann kann er auch nicht erleben, dass S-Bahn-Fahren meistens ungefährlich ist. Nur durch die reale Erfahrung ist es möglich, diese alltagsbezogenen Ängste abzubauen. Sicherheitsverhalten führt nur zu weiterem Vermeiden der gefürchteten Situationen und in der Folge zu weiteren Ängsten. Versuchen Sie, Ihre Klienten dazu zu motivieren, dass Sie prüfen, ob ihre Ängste eine reelle Grundlage haben. Das wird mitunter nicht leicht werden, insbesondere wenn die Betroffenen keinen Grund haben, sich dem vermiedenen Verhalten zu nähern. Lassen Sie sich nicht entmutigen. Sie können Ihren Klienten anbieten, dass Sie sie bei der Realitätsprüfung zunächst begleiten und notfalls schützen.

Hilfe zur Selbsthilfe

Sich der Angst stellen als Selbsthilfestrategie

Klienten sollten im Alltag möglichst viele Gelegenheiten nutzen, um angstbesetzte Situationen zu bewältigen. Dabei kann man Schritt für Schritt vorgehen, eine Skala erstellen und zunächst mit einfacheren Situationen beginnen und sich langsam an schwierigere heranwagen. Man kann sich aber auch direkt in schwierigere Situationen hineinbegeben, wenn der Klient sich dies zutraut und der Alltag es erfordert. Das Wichtige ist, dass man keinesfalls mitten in der Situation abbricht. Das Durchleben von angstbesetzten Situationen steigert das Selbstwertgefühl, das Selbstwirksamkeitserleben und reduziert das Angsterleben in der Situation und die Erwartungsangst. Klienten müssen merken, dass ihre Angst auch wieder weggeht und dass gleichzeitig nichts Schlimmes passiert.
Falls es Betroffenen nicht gelingt, sich – allein oder in Ihrer Begleitung – Situationen zu stellen, sollten Sie ihnen eine Psychotherapie vorschlagen.
Wenn Menschen mit einer Angststörung lange mit ihrer Angst leben und nichts unternehmen, verfestigt sich das Vermeidungsverhalten immer mehr. Sie fühlen sich zunehmend hilflos und wertlos. Es können sich depressive Symptome hinzu gesellen. Die Angstsymptome wirken sich dann zunehmend auf das gesamte Leben der Betroffenen aus: die Arbeitsfähigkeit, die sozialen Beziehungen, das Freizeitverhalten etc.



Raten Sie Ihren Klienten zu einer Psychotherapie, falls sie es nicht schaffen sich allein oder in Ihrer Begleitung in angstbesetzte Situationen zu begeben.

Deshalb sollte bei der Behandlung von Angststörungen nicht zu lange gewartet werden, sie neigen zur Chronifizierung.
Starke Angststörungen können auch stationär behandelt werden. Die stationäre Behandlung sollte dann allerdings in eine ambulante Psychotherapie münden.



Medikamente und Angst

Medikamente können bewirken, dass Betroffene weniger Angst erleben, sich ruhiger fühlen und weniger angespannt sind. Im Zusammenhang mit Ängsten werden häufig Antidepressiva verschrieben. Zur kurzfristigen Entlastung und Symptombehandlung Benzodiazepine, also Beruhigungsmittel, z. B. Tavor oder Valium. Behalten Sie dies bei Ihrem Klienten allerdings im Auge, sprechen Sie ihn gegebenenfalls darauf an: Die längerfristige Einnahme von Benzodiazepinen macht abhängig. Aus therapeutischer Sicht sollte man eher darauf hinwirken, dass Klienten ohne angstmildernde Medikamente auskommen. Es besteht die Gefahr, dass Klienten die Bewältigung der Angst eher den Medikamenten zuschreiben als den eigenen Bewältigungskompetenzen. Viele Klienten sind jedoch auf die Einnahme von Medikamenten angewiesen. Ohne Medikamente können sie sich angstbesetzten Situationen gar nicht stellen. Wichtig ist dann, dass die Dosierung so niedrig wie möglich ist und sie trotz der Medikamente noch bewusste Bewältigungserfahrungen machen können. Menschen mit psychotischen Störungen benötigen in manchen Phasen ihrer Erkrankung eine Bedarfsmedikation, um trotzdem noch zur Arbeit zu fahren oder andere Situationen überhaupt bestehen zu können.



Exposition passiert im Alltag oft nebenbei.

Zentral bei der Bewältigung von Ängsten ist, dass die Betroffenen sich der Angst und den gefürchteten Situationen aussetzen. In der Psychotherapiesprache nennt man dies Exposition. Im Rahmen der Alltagsbewältigung geschieht Exposition oft nebenbei, ohne dass es jemand so nennt.

BEISPIEL

Susanne ist wegen ihrer Angststörung in einer Klinik. Unter anderem hat sie Angst vor der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel. Im Rahmen der Bewegungstherapie ist ein Ausflug mit öffentlichen Verkehrsmitteln in ein Spaßbad geplant. Susanne hat große Angst, mit dem Bus und der U-Bahn zu fahren, aber ihr ist es wichtig, mit

der Gruppen ins Schwimmbad zu fahren. Auf diese Weise übt sie nebenbei mit ihrer Angst umzugehen.

Bei vielen Trainingsbausteinen und bei vielen Bestandteilen der Unterstützung beim Wohnen, z. B. beim Bewerbungstraining, bei der Wohnungssuche, bei Festen oder Sportereignissen, werden nebenbei Kompetenzen und der Umgang mit Ängsten trainiert.

Setzen Sie immer bei den Zielen und Wünschen der Klienten an.

Wenn Klienten selbst etwas erreichen wollen, werden sie sich eher in Bewegung setzen und sich auf dem Weg zu den Zielen mit den eigenen Ängsten und Unsicherheiten auseinandersetzen.
Die eigenen Ziele und Wünsche können die Betroffenen locken. Es muss sich lohnen, damit ein Betroffener sich mit seinen unangenehmen Gefühlen konfrontiert und sich in Bewegung setzt. Druck von außen bewirkt allenfalls kurzfristig etwas. Langfristige Erfolge können dann erzielt werden, wenn das Ziel im Lebenskonzept des Betroffenen irgendwie vorkommt, wenn Klienten ihre Angst überwinden müssen, um ein wichtiges Ziel zu erreichen.

BEISPIELE

Thomas will unbedingt wieder in seinem erlernten Beruf als Maler arbeiten. Mittlerweile kann er wieder ein Gerüst betreten, ohne dass er fürchterliche Angst bekommt. Momentan übt er, ohne Angst den Bus zu benutzen, da er den Weg zur Arbeit nur mit öffentlichen Verkehrsmitteln bewältigen kann.

Für Gerald ist es schwierig, unter Menschen zu sein. Er erledigt am liebsten alles allein für sich. Andere Menschen machen ihm Angst. Wenn es aber um seinen Glauben geht, ist das ganz anders. Er besucht regelmäßig den Gottesdienst, er freut sich auf seinen Hauskreis. Er ist dann bereit, die Angst vor den anderen in Kauf zu nehmen.



Psychoedukation: Informationen über die Angst

Betroffenen hilft es, wenn sie so gut wie möglich über Angststörungen informiert sind. Sie können Ihre Klienten unterstützen, indem Sie ihnen Informationen zur Erkrankung zur Verfügung stellen. Betroffene werden so mit der Zeit zum Experten im Umgang mit ihren Angstgefühlen. Betonen Sie immer wieder, dass es nie darum geht, ganz angstfrei zu werden. Es geht darum, dass Ihre Klienten lernen, angemessen mit den Gefühlen umzugehen. Sie sollen lernen mit der Angst zu leben.
Sollte die Möglichkeit für spezifische Informationen und Aufklärung über Ängste bestehen, dann kann ein individueller Angstkreislauf (siehe S. 198) erarbeitet werden.
Sie können bei Ihren Klienten anregen, dass sie Situationsprotokolle für spezifische Angstsituationen erstellen. Mithilfe dieser Protokolle können die angstverstärkenden Gedanken und Gefühle ganz konkret identifiziert werden.



Goldene Regeln für die Angstbewältigung

Darüber hinaus können Sie Ihren Klientinnen und Klienten die goldenen Regeln des Angstforschers WITTCHEN (1997) zur Angstbewältigung ans Herz legen:

- Denken Sie immer daran, dass Ihre Angstgefühle und die auftretenden körperlichen Symptome nichts anderes sind als eine Art »Übersteigerung« einer völlig normalen Körperreaktion in einer Stresssituation.
- Solche Gefühle und Körperreaktionen sind zwar unangenehm, aber weder gefährlich noch irgendwie schädlich. Nichts Schlimmeres wird geschehen!
- Wenn Sie Angst haben, steigern Sie sich nicht durch Gedanken wie »Was wird geschehen?« und »Wohin kann das führen?« in noch größere Ängste hinein.
- Warten Sie ab und geben Sie der Angst Zeit, vorüberzugehen. Bekämpfen Sie Ihre Angst nicht, laufen Sie nicht davon, sondern akzeptieren Sie die Angst. »Es ist, wie es ist«, kann eine hilfreiche Einstellung sein.
- Beobachten Sie, wie die Angst von selbst wieder abnimmt, wenn Sie aufhören, sich in Ihre Gedanken weiter hineinzusteigern.
- Denken Sie daran, dass es beim Üben nur darauf ankommt, dass Sie lernen mit der Angst umzugehen – nicht, sie zu vermeiden. Nur so geben Sie sich selbst eine Chance, Fortschritte zu machen.
- Halten Sie sich innere Ziele vor Augen und beobachten Sie, welche Fortschritte Sie schon gemacht haben. Denken Sie daran, wie zufrieden Sie sein werden, wenn Sie auch diesmal Erfolg haben.
- Wenn Sie sich besser fühlen, schauen Sie sich um und planen Sie den nächsten Schritt.
- Wenn Sie sich in der Lage fühlen, weiterzumachen, dann versuchen Sie, ruhig und gelassen in die nächste Übung zu gehen.

Zwangsstörungen

Leben bedeutet immer auch, Unsicherheiten zu ertragen. Man könnte mit dem Auto in einen Verkehrsunfall geraten, man kann sich anstecken mit einem gefährlichen Krankheitskeim, man kann vergessen, die Herdplatte auszumachen. Irgendwie müssen wir lernen, mit all diesen Risiken zu leben. Manche Menschen können die Risiken allerdings kaum ertragen. Sie fangen an, sich unzählige Male die Hände zu waschen, sie kontrollieren alles Mögliche vor dem Verlassen des Hauses oder entwickeln andere seltsame Rituale, um diese Risiken zu bannen. Menschen mit Zwangsstörungen wissen meistens, wie übertrieben ihr Verhalten ist, aber sie können es einfach nicht lassen. Darum spricht man von einem Zwang.

Erleben eines Betroffenen

BEISPIEL Bernd fällt es sehr schwer, das Haus zu verlassen. Er hat die Sorge, dass ein Wasserhahn tropfen könnte und so dann die gesamte Wohnung unter Wasser gesetzt wird. Wenn er doch einmal aus dem Haus muss, kontrolliert er jeden Wasserhahn fünfzig Mal. Er sorgt sich darum, ob der Herd aus ist. Er kontrolliert ebenfalls, ob all seine Türen geschlossen sind: die Kühlschranktür, die Balkontür, die Tür zum Badezimmer. Der schwierigste Schritt ist das Abschließen der Wohnungstür. Ist er bei den einzelnen Kontrollen unaufmerksam oder abgelenkt, beginnt er von vorn mit dem Ritual. Für das gesamte Kontrollritual zum Verlassen des Hauses benötigt er ein bis zwei Stunden.

Was wir alle kennen

Thomas Bock fragt sich, ob Zwang eher Halt oder Abgrund für die Betroffenen ist.

» Zwangshandlungen ähneln zunächst abergläubischen Ritualen und religiösen Riten; wie diese sollen sie Halt geben in einer zunehmend unübersichtlichen Welt. Und vielleicht müssen sie gerade deshalb zunehmend fremden Charakter annehmen, weil uns kulturell gebundene Rituale immer mehr verloren gegangen sind. « (Bock 2010, S. 51)

Wir alle tragen ein Bedürfnis nach Sicherheit, Verlässlichkeit und Kontrolle in uns. Zur Befriedigung dieser Bedürfnisse etablieren wir in unserem Alltag Gewohnheiten. Wir gehen regelmäßig in dasselbe Café, weil wir wissen, dass der Apfelkuchen dort immer gut ist. Bei unseren Spaziergängen oder Joggingrunden laufen wir häufig dieselben Wege immer wieder, ohne dass es uns langweilig wird. Wir achten darauf, unsere Kinder nicht unnötigen Gefährdungen auszusetzen und dass wir unsere Wohnung sicher verlassen, ohne dass Schaden entsteht. Deshalb sollte der Herd aus sein, kein Bügeleisen auf dem Bügelbrett schmoren, die Haustür sollte nicht offen stehen beim Verlassen des Hauses und die Wasserhähne sollten abgedreht sein.

Wer kennt nicht den Gang noch einmal zurück zur Wohnungstür, um zu kontrollieren, ob das Bügeleisen aus ist oder ob die Tür auch wirklich abgeschlossen ist? Fast jeder hat diese Dinge auch schon mehrmals hintereinander kontrolliert. Wenn man dann vor dem Bügeleisen steht, fällt einem meist wieder ein, dass man es schon einmal kontrolliert hat.

Bei einer Zwangsstörung sind die Kontrollgedanken und -handlungen viel anhaltender, belastender und ausgeprägter. Unsere Kontrollen haben eine gewisse Funktionalität. Wer hat nicht schon einmal festgestellt, dass er tatsächlich das Auto nicht abgeschlossen hat? Bei Menschen mit Zwangsstörungen führen die Zwänge zu erheblichen Einschränkungen im Alltag. Sie wissen in der Regel, dass ihr Verhalten absurd, übertrieben oder unvernünftig ist. Aber es gelingt ihnen nicht, aus eigener Kraft dem inneren Druck zu widerstehen und Kontrollhandlungen oder -gedanken zu unterlassen. Die inneren Impulse sind so stark, dass sie als Zwang erlebt werden, den sie unbedingt ausführen müssen.

Nichtsdestotrotz geht man davon aus, dass das normale »zwanghafte« Verhalten und das krankhafte Zwangsverhalten vieles gemeinsam haben. Sie unterscheiden sich nur hinsichtlich der Häufigkeit und Intensität. Das Ausmaß der Beeinträchtigung und Belastung ist jedoch sehr verschieden.

Wenn jemand einmal kontrolliert, ob die Tür abgeschlossen ist, dauert dies maximal 5 Sekunden, wenn man die Tür zwanzig bis dreißig Mal kontrolliert, muss man zwei bis drei Minuten beim

Verlassen des Hauses einplanen, um pünktlich zu einem Termin zu kommen.

Wo fängt eine Zwangsstörung an?

Man kann das »normale Kontrollverhalten« bis hin zur Zwangsstörung auf einer Skala von 1 bis 10 darstellen.

1. Sinn für Ordnung, Bedürfnis nach Sicherheit und Kontrolle: Dies wird durch alltägliche Handlungen befriedigt, es sind keine zusätzlichen Handlungen erforderlich.
2. Kleine funktionale Sicherheitshandlungen schleichen sich ein.
3. Bewusstes Bedürfnis nach Kontrolle und Sicherheit: Bewusstes Prüfen, z. B. ob der Herd aus ist, die Autotür abgeschlossen ist.
4. Magisches Denken oder abergläubisches Verhalten, z. B. Glücksbringer oder kleine Rituale im Alltag.
5. Zunehmende Rituale oder Sicherheitsverhalten
6. Zunehmendes Unsicherheitsgefühl: Es existiert ein hohes Bedürfnis nach Kontrolle, eine ausgiebige gedankliche Beschäftigung mit Sicherheitsstrategien und es werden bestimmte Handlungen zur Kontrolle ausgeführt.
7. Ritualisierter Alltag: Das Gefühl der Unsicherheit ist schwer zu ertragen und macht ein ausgeprägtes Kontrollverhalten notwendig. Kontrollen durchziehen den Alltag.
8. Kontrollhandlungen oder -gedanken nehmen zu.
9. Kontrollhandlungen und Rituale beherrschen den Alltag: Der Beginn einer Zwangsstörung ist festzustellen.
10. Zwangsstörung

Informationen zu Zwangsstörungen

Vordergrund

Zwangsstörungen beinhalten zwei wichtige Phänomene: Zwangsgedanken und Zwangshandlungen.

Zwangsgedanken sind unangenehme, sich aufdrängende und wiederholende Gedanken, Ideen oder Vorstellungen. Die Betroffenen können die Gedanken nicht kontrollieren. Sie schaffen es nicht, nicht an diese Ideen zu denken. Häufige Inhalte von Zwangsgedanken sind:

- Angst vor Infektionen oder sich mit Keimen oder Viren anzustecken: »Die Toilette ist mit HIV verseucht«;
- Angst davor, eine Gewalttat zu begehen oder einem aggressiven Impuls zu folgen, z. B. jemand mit dem Auto zu überfahren oder das eigene Kind mit dem Messer zu erstechen;
- etwas Obszönes oder moralisch Verwerfliches zu tun. Hierzu gehören sexuelle Fantasien;
- Zweifel, etwas vergessen zu haben oder einen Fehler begangen zu haben, z. B. das Bügeleisen angelassen zu haben.

Viele Betroffene versuchen, diese Gedanken zu bekämpfen, zu neutralisieren oder sie loszuwerden. Sie entwickeln dann gedankliche Rituale, z. B. Ablenkungsstrategien durch Zählen oder neutrale Gedankenketten, die allerdings nur wenig erfolgreich sind. In der Regel handelt es sich bei den Zwangsgedanken um Gedanken und Inhalte, die dem Wertesystem der Betroffenen widersprechen. Diese Gedanken werden als bedrohlich und stark verunsichernd erlebt. Wie beispielsweise ein alleinerziehender, liebevoller Vater, der Zwangsgedanken entwickelte, dass er seinen Sohn erstechen müsse. Aus Angst vor diesem Gedanken verbannte er alle scharfen Gegenstände aus der Wohnung. Man kann sich gut vorstellen, dass dies den Alltag deutlich beeinträchtigte.

Zwangshandlungen oder -rituale sind äußere oder mentale Handlungen, die Betroffene immer wieder ausführen müssen. Mit den Handlungen sollen befürchtetes Leid abgewendet, Unwohlsein vermieden oder vermeintliche Gefahren beseitigt werden. Zwangshandlungen stehen häufig in keinem realistischen Zusammenhang mit dem, was sie verhindern sollen. Sie nehmen viel Zeit in Anspruch, weil sie oft wiederholt werden müssen. Der Versuch, einer Zwangshandlung zu widerstehen, wird meistens von starker Angst begleitet.

Häufig auftretende Zwangshandlungen sind Wasch-, Kontroll- oder Ordnungszwänge. Sie sind gut beobachtbar und äußern sich in wiederholtem Kontrollieren der Wasserhähne und Elektrogeräte, dem unzähligen Waschen oder Desinfizieren der Hände bzw. dem Sortieren und Ordnen von Dingen.

Andere Zwangshandlungen laufen verborgen ab. Es sind gedankliche Prozesse, die z. B. zur Neutralisierung von tabuisierten sexuellen oder aggressiven Fantasien dienen. Durch Betrituale oder Zählzwänge wird – meist vergeblich – versucht, die Gedanken zu kontrollieren oder negative Gedanken zu unterdrücken.

Zwangshandlungen werden in der Regel mit der Zeit immer schlimmer, wenn sie nicht behandelt werden.

Zwangsstörungen können sehr vielfältige Ausformungen und Varianten haben.

Einige Merkmale sind jedoch bei nahezu allen Zwangsstörungen vorhanden.

Gemeinsame Merkmale aller Zwangsstörungen

- Das emotionale Symptom ist in der Regel Angst.
- Die Zwangshandlung reduziert die Angst in gewissem Maße, zumindest für kurze Zeit.
- Nahezu alle Menschen mit Zwangsstörungen befürchten, dass ihnen selbst oder anderen Menschen durch ihre Schuld etwas Schlimmes zustoßen könnte.
- Betroffene haben kaum Kontrolle über ihre Symptome.
- Betroffene leisten Widerstand gegen Zwangsgedanken, z. B. durch Unterdrücken oder Rituale.
- Die Gedanken werden als fremdartig und bedrohlich erlebt (ichdyston).
- Menschen mit Zwangsstörungen sehen ein, dass die Zwangshandlungen und -gedanken irrational sind.

Vor allem das dritte Merkmal hat Forscher dazu veranlasst, die Zwangsstörung als eine Art »Was-wäre-wenn-Erkrankung« zu bezeichnen. Viele Menschen mit Zwangsstörungen haben eine völlig verzerrte Risikoeinschätzung. Beispielsweise sollte einer unserer Klienten einschätzen, wie wahrscheinlich es sei, dass er jemanden auf der Autofahrt zum Rehabilitationszentrum überfahren habe, ohne es selbst zu bemerken. Er schätzte regelmäßig die Wahrscheinlichkeit mit etwa 50 Prozent ein.
Zur Absicherung informierte er sich regelmäßig über das Regionalfernsehen, Radio und die lokale Zeitung über mögliche Verkehrstote und fahrerflüchtige Autofahrer. Die Zwangshandlung bestand darin, regelmäßig die gefahrene Strecke abzufahren und zu prüfen, ob jemand angefahren am Straßenrand liegt. Außerdem war er überzeugt, dass seine Angehörigen noch besser die gefahrene Strecke kontrollieren konnten, und er forderte sie immer wieder vehement auf, dies für ihn zu tun. Allein dass eine solche Möglichkeit besteht, z. B. jemanden zu überfahren, ein Baby zu erstechen oder jemanden auf die Gleise zu stoßen, wie unwahrscheinlich sie auch sein mag, macht es für Betroffene ganz schwer, von diesen Gedanken loszukommen.
Menschen mit Zwangsstörungen leiden unter verschiedenen Denkverzerrungen. Informationen werden in einem ungünstigen Stil aufgenommen und bewertet. Ungünstig bedeutet hier, dass die Aufnahme und Bewertung zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Zwänge beitragen. Beispielsweise wird besondere Aufmerksamkeit auf Gefahrenreize gelenkt, die Betroffenen haben perfektionistische Leistungsansprüche oder sie übertreiben die eigene Verantwortung für schlimme Ereignisse.



Häufige Denkverzerrungen bei Menschen mit Zwängen

Dies sind häufige Denkverzerrungen bei Menschen mit Zwängen (Moritz 2010, S. 6):
» Schlechte Gedanken sind nicht normal.
Schlimme Gedanken führen zu schlimmen Taten.
Die Gedanken müssen dem eigenen Willen gehorchen.
Die Welt ist gefährlich.
Schlechte Gedanken müssen unterdrückt werden.
Gefühle signalisieren echte Gefahr.
Die Zwänge vergiften die Gedanken.
Ich bin für alles und jeden verantwortlich.
Gut ist nicht gut genug.
Man muss alles ganz genau wissen.
Grübeln hilft, Probleme zu lösen.
Zwang ist eine Hirnstörung – da kann man wenig machen.
Ich kann und bin nichts.
Ich werde verrückt. «

Diagnostik und Häufigkeit

Diagnostische Kriterien in der ICD-10 für eine Zwangsstörung:
A. Es bestehen mindestens zwei Wochen lang Zwangsgedanken und/oder Zwangshandlungen an den meisten Tagen.
B. Die Zwangsgedanken und -handlungen sind durch die folgenden Merkmale gekennzeichnet:
- Sie werden als eigene Gedanken bzw. Handlungen, d. h. nicht als fremdbeeinflusst, angesehen.
- Sie werden als unangenehm erlebt und wiederholen sich dauernd. Mindestens ein Gedanke bzw. eine Handlung wird als übertrieben und unsinnig erkannt.
- Die Betroffenen bemühen sich, Widerstand zu leisten, wobei dies bei mindestens einem Gedanken bzw. einer Handlung erfolglos ist.
- Die Ausführung der Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen an sich ist nicht angenehm.

C. Die Symptome verursachen Leid oder schränken die Betroffenen in ihrer Leistung ein.
D. Eine psychotische oder affektive Störung kann als Ursache ausgeschlossen werden.



Die Zwangsstörung gehört zu den vier häufigsten psychischen Erkrankungen.

Man geht davon aus, dass 2 bis 3 Prozent der Bevölkerung unter einer Zwangsstörung leiden. Damit gehört die Zwangsstörung zu den vier häufigsten psychiatrischen Erkrankungen nach den Angststörungen, Depression und Abhängigkeitserkrankungen.

Männer und Frauen scheinen gleich häufig betroffen zu sein. Bei Männern stehen häufig Kontrollzwänge im Vordergrund, bei Frauen eher Waschzwänge. Die Störung entwickelt sich meistens im frühen Erwachsenenalter. Oft gehen belastende Ereignisse der Störung voraus. Die überwiegende Mehrzahl aller Personen mit Zwangsstörungen, die sich in Behandlung begeben, leiden gleichzeitig unter Zwangsgedanken und -handlungen.
Der Krankheitsverlauf ist meistens chronisch. Allerdings bleiben weiterhin viele Menschen mit Zwangserkrankungen unerkannt und somit unbehandelt. Viele Betroffene schämen sich, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Mehr als die Hälfte der Patienten leidet lebenslang unter der Zwangserkrankung, etwa 40 Prozent der Betroffenen sind aufgrund der Symptomatik arbeitsunfähig. Nicht selten haben die Betroffenen zusätzlich Angststörungen und Depressionen. Bei etwa der Hälfte aller Zwangspatienten kommen gleichzeitig Persönlichkeitsstörungen vor, am häufigsten selbstunsichere oder dependente Persönlichkeitsstörungen. Menschen mit einer Zwangsstörung haben eher selten auch noch eine zwanghafte Persönlichkeitsstörung. Trotz des ähnlichen Namens kann man die beiden Störungen klar voneinander abgrenzen; 80 Prozent der Menschen mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung leiden nicht unter Zwängen (vgl. Persönlichkeitsstörungen, siehe S. 212 ff.).
Zwangssymptome müssen allerdings nicht immer Ausdruck einer primären Zwangserkrankung sein. Schizophrene Störungen gehen in knapp einem Viertel der Fälle mit Zwangsstörungen einher. Auch das Tourette-Syndrom, bei dem die Betroffenen unter motorischen und vokalen Tics leiden, ist in 50 bis 70 Prozent mit Zwängen verbunden. Im Rahmen von depressiven Episoden treten häufig Zwänge auf, die allerdings zusammen mit den depressiven Symptomen ebenfalls abklingen. Das zwanghafte Haareausreißen (Trichotillomanie) kommt eher selten vor, ist aber ebenfalls immer wieder auch mit weiteren Zwängen verbunden.

Hintergründe

Biologische Erklärungsansätze

Sowohl bei Zwillingsuntersuchungen als auch bei Untersuchungen der Familiengeschichte gibt es Hinweise auf eine genetische Komponente. Die genetische Komponente scheint allerdings deutlich weniger wichtig zu sein als bei anderen psychischen Störungen, z. B. bei der Schizophrenie.



Zwänge scheinen mit dem Neurotransmitter Serotonin in Verbindung zu stehen.

Bereits in den 1970er-Jahren hat sich gezeigt, dass ein Medikament namens Clomipramin bei der Behandlung von Zwängen wirksam sein kann. Clomipramin ist ein trizyklisches Antidepressivum. Die Wirkung dieses Medikamentes wird zurückgeführt auf seine Wirkung auf den Neurotransmitter Serotonin. Darüber hinaus haben sich andere Antidepressiva, die ebenfalls das Serotonin beeinflussen, als sehr wirkungsvoll erwiesen. Wie genau die Mechanismen im Gehirn ablaufen, ist allerdings nach wie vor nicht ganz geklärt.



Auffälligkeiten im Gehirn

Durch bildgebende Verfahren konnten die Gehirne von Menschen mit Zwangsstörungen genau untersucht werden. Diese Untersuchungen ergaben noch keine eindeutigen Ursachen für Zwänge, aber Hinweise darauf, dass Menschen mit Zwangserkrankungen eine erhöhte Aktivität in bestimmten Hirnregionen zeigen. Dies könnte dazu führen, dass aggressive Impulse oder Impulse aus den Bereichen Sexualität und Hygiene sich in Form von Zwangsgedanken ihren Weg bahnen und die Betroffenen in ihrer Alltagsbewältigung behindern.
Auffallend ist, dass diese Veränderungen im Gehirn durch eine Verhaltenstherapie oder durch Medikamente wieder normalisiert werden können.

Psychologische Erklärungsansätze



Zwei-Stufen-Modell von Mowrer (1947)

Mowrer (1947) entwickelte ein Erklärungsmodell für die Entstehung von Angststörungen, das auch auf Zwangsstörungen übertragen werden kann. Das Modell geht davon aus, dass ursprünglich neutrale Reize auf der ersten Stufe durch eine Verknüpfung mit unangenehmen Reizen selbst zu angstauslösenden Reizen werden.

BEISPIEL

Martina musste in ihrer Kindheit und Jugend häufig in Gegenwart ihres Vaters Geld zählen. Wenn sie sich verzählte, wurde sie von ihm geschlagen. Sie entwickelte im Erwachsenenalter eine starke Abneigung gegen den Umgang mit Geld und eine Zwangsstörung. Sie versuchte, dem Umgang mit Geld aus dem Weg zu gehen. Wenn sich das gar nicht vermeiden ließ, hatte sie den Zwang, das Geld immer und immer wieder nachzuzählen. Schließlich mussten Angehörige und Betreuer komplett die Geldgeschäfte übernehmen.

Auf der zweiten Stufe wird die Angst aufrechterhalten, weil durch die Zwangshandlung bzw. das Vermeidungsverhalten z. B. die negativen Konsequenzen und negative Gefühle zurückgehen oder gar nicht erst auftreten. Das Zwei-Stufen-Modell macht Zwangs-

handlungen sehr plausibel. Sie können es gut verwenden, um Ihren Klienten ein Verständnis für die eigenen Zwänge zu vermitteln. Dieses Modell wird häufig als Erklärungsmodell für die Wirkweise von Expositionsübungen herangezogen.

Teufelskreis der Zwangsstörung (nach SALKOVSKIS & WARWICK 1988)

Ein weiteres Erklärungsmodell, das die Entstehung und Aufrechterhaltung von Zwängen veranschaulicht, ist das kognitive Modell von SALKOVSKIS & WARWICK (1988).
Ausgangspunkt ist ein aufdringlicher Gedanke, beispielsweise »Habe ich mich mit HIV infiziert?«. Diese Sorge kann auch bei Menschen ohne Zwangsstörung auftauchen. Erst die Bewertung des Gedankens als bedrohlich, furchtbar oder verwerflich setzt eine Dynamik in Gang und verleiht dem Gedanken Wichtigkeit. Die Katastrophenfantasie löst Unruhe und Angst aus. Die starke emotionale Erregung lässt den Gedanken noch realistischer erscheinen. Es entsteht der Drang, dieses unangenehme Gefühl loszuwerden oder irgendetwas zu tun, um die Gefahr zu bannen. Die Rettung liegt in der Zwangshandlung. Möglich sind auch gedankliche Ablenkungsstrategien zur Neutralisierung des Gedankens, z. B. dann, wenn der aufdringliche Gedanke ein Tabu ist.
Die angewandten Strategien sind nur kurzfristig wirksam. Sie unterstreichen jedoch die Bedeutsamkeit des furchtbaren Gedankens. Außerdem kann der Klient nicht die Erfahrung machen, dass der Gedanke auch ohne zusätzliche Anstrengungen wieder verschwindet. Als Ergebnis der ganzen Bemühungen taucht der Zwangsgedanke nur immer häufiger auf. Er wird zum Auslöser für den Teufelskreis aus Gedanken, Bewertungen, Emotionen und Beruhigungsversuchen durch Zwangshandlungen.

ABBILDUNG 22

Der Teufelskreis einer Zwangsstörung (nach REINECKER 1994)

+ + –

Aufdringlicher Gedanke	Bedeutung	Gefühl	Neutralisieren
»Ich könnte mich mit HIV infiziert haben«	»Diese Gedanke ist furchtbar! Ich muss das um jeden Preis verhindern.«	Angst, Unruhe	»Ich muss mir unbedingt die Hände waschen nachdem ich das Geld angefasst habe, vielleicht zur Sicherheit gleich noch einmal.«

Was hilft im Alltag?

Hilfreicher Umgang



Selbstwirksamkeit und Selbstständigkeit fördern

Die meisten Menschen mit Zwangsstörungen haben Schwierigkeiten bei der Entwicklung von Autonomie und Selbstständigkeit. Sie versuchen, Risiken und Unsicherheiten zu vermeiden und geben in belastenden Situationen die Verantwortung an wichtige Bezugspersonen ab. Auf diese Weise begeben sich Betroffene auf der einen Seite in abhängige Beziehungen und dominieren und kontrollieren die Beziehung andererseits durch das eigene weitschweifige, ritualisierte und absichernde Verhalten. Fachkräfte können sehr schnell von Klienten eingeladen werden, Entscheidungen für sie zu treffen, Verantwortung für sie zu übernehmen und ihnen Rückversicherungen zu geben, dass sie gut gearbeitet haben, dass nichts Schlimmes passiert ist oder dass sie sich nicht schuldig fühlen müssen.
Das kann für eine gewisse Zeit durchaus sinnvoll sein, wenn es darum geht, eine tragfähige Beziehung aufzubauen. Langfristig sollte jedoch der Klient selbst für sich entscheiden, selbst einschätzen, ob er z. B. einen Menschen mit dem Auto überfahren hat oder nicht. Das heißt, er sollte selbst lernen, sich dem Zwang entgegenzustellen und Schritt für Schritt Risiken einzugehen und Unsicherheiten zu ertragen: Eine Restunsicherheit wird bei allen Entscheidungen immer bleiben.



Helfen Sie dabei, Unsicherheiten zu ertragen.

Für Menschen mit einer Zwangsstörung ist dieser Rest an Unsicherheit unerträglich. Verfolgen Sie darum das Ziel, dass der Klient auch mal Risiken eingeht, sich erlaubt, einen Fehler zu machen. Nur so können Selbstständigkeit und Autonomie gefördert werden. Dieses Ziel muss sich nicht auf den Bereich der Zwangsstörung beziehen. Die spezifischen Zwänge sollten in einer Psychotherapie bearbeitet werden. Die Arbeit im alltäglichen Umgang sollte Klienten ermutigen, verantwortlich soziale Beziehungen zu pflegen, alltagspraktische Aufgaben zu bewältigen, Freizeit aktiv zu gestalten und berufliche Aufgaben zu verfolgen. Ermutigen Sie Ihre Klienten zu kleinen Experimenten, beispielsweise einem Spaziergang in die nähere Umgebung oder dass ein Betroffener es wagt, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen. So kann er Schritt für Schritt die Erfahrung machen, dass man Risiken und Unsicherheiten aushalten kann. Manchmal kann durch zurückhaltendes, passives Verhalten und geschicktes Fragen seitens der Mitarbeiter eine eigenverantwortliche Haltung

unterstützt und Autonomie gefördert werden (passive Aktivität). Mitarbeiter sollten Klienten ermutigen, selbst eine Entscheidung zu treffen, und ihnen nicht vorschnell durch Ratschläge und Tipps eine Entscheidung abnehmen.

Umgang mit Rückversicherungen

Klienten wollen sich häufig kurzfristig beruhigen und sicherstellen, dass die eigenen Befürchtungen und irrationalen Annahmen nicht zutreffend sind. Um eine tragfähige Arbeitsbeziehung aufzubauen, können Sie Betroffenen anfänglich entgegenkommen, ihr Sicherheitsbedürfnis befriedigen und Rückversicherungen geben. Dann ist es allerdings wichtig, die Tendenz zur Rückversicherung möglichst früh anzusprechen. Ermutigen Sie Ihre Klienten zu einer eigenen Einschätzung: »Wie schätzen Sie selbst die Situation ein?«

Akzeptanz statt Kontrolle

Viele Klienten mit Zwangsstörungen haben sehr hohe Ansprüche und Wertvorstellungen. Sie beziehen sich auf Moral, auf Ordnung und Sorgfalt oder auf perfekte Leistungen und Ergebnisse. Ihnen fällt es schwer, fünf einfach mal gerade sein zu lassen und die Dinge so zu akzeptieren, wie sie im Moment sind, ob es sich dabei um die eigenen sexuellen Fantasien handelt oder die unaufgeräumte Küche. Wenn Umstände den eigenen Ansprüchen widersprechen und als furchtbar und schlimm bewertet werden, dann kann dies den oben beschriebenen Teufelskreis in Gang setzen. Die sexuellen Fantasien müssen dann bekämpft werden und die Küche muss so sauber sein, dass man auf dem Boden essen könnte, auch wenn die Reinigung mit der Zahnbürste erfolgen muss.

Leben Sie Ihren Klienten vor, dass ein wenig Unsicherheit und Unordnung auch mal in Ordnung ist.

Leben Sie Ihren Klienten vor, dass es durchaus möglich ist, Wut, Unsicherheit sexuelle Bedürfnisse etc. zu akzeptieren. Fordern Sie sie auch konkret zu einer offeneren Haltung auf. Dazu kann auch gehören, dass Fachkräfte eigene Fehler eingestehen, dass es in Ordnung ist, mal etwas zu vergessen. Es muss nicht immer alles perfekt sein. Ein wenig Unordnung kann auch mal erlaubt sein. Für Menschen mit Zwangsstörungen ist es das Schwierigste, Unsicherheiten auszuhalten. Es kann hilfreich sein, wenn sie sehen, wie Mitarbeiter ebenfalls damit umgehen müssen. Betroffene glauben, dass sie durch ihre Kontrollen und Zwänge ihr Leben wieder in den Griff bekommen. Das Gegenteil ist meistens der Fall, sie verlieren zunehmend die Kontrolle und die Zwänge dominieren das Leben. Wenn Klienten jedoch lernen, akzeptierender in Bezug auf all die Ungereimtheiten und kleineren und größeren Katastrophen des Alltags zu sein, gewinnen sie wieder mehr Freiheit zurück.
Untätigkeit und unstrukturierte Zeit ist für Menschen mit Zwangsstörungen in der Regel schwierig. Sie verzetteln sich oder

verbringen die Zeit mit Zweifeln, Grübeln oder unnötigen Kontrollen. Wenn sie hingegen angemessen gefordert sind, berichten viele Betroffene, dass sie gar keine Zeit für ihre Zwangsgedanken und Rituale haben. Dann geht es vielen deutlich besser. Deshalb ist die Ausbreitung von Zwängen häufig ein Zeichen für Unterforderung. Mitarbeiter sollten gemeinsam mit Betroffenen nach Aufgaben und Tätigkeiten suchen, die Konzentration und Aufmerksamkeit beanspruchen, sodass weniger Raum für Zwänge besteht. Gut geeignet sind in der Regel aktive Tätigkeiten wie Rad fahren, im Garten arbeiten, handwerkliche Tätigkeiten, musizieren etc.



Aktiv sein: Lassen Sie wenig Raum für Zwänge.

Mitarbeitende sollten Betroffene darauf aufmerksam machen, wann sie viele Zwänge beobachten und wann weniger Zwänge auftreten. Betroffene können auf diese Weise Tätigkeiten entdecken, die ihnen guttun. Wenn sie sich zu einem aktiveren Leben motivieren können, dann bleibt für manche Zwänge einfach keine Zeit mehr.

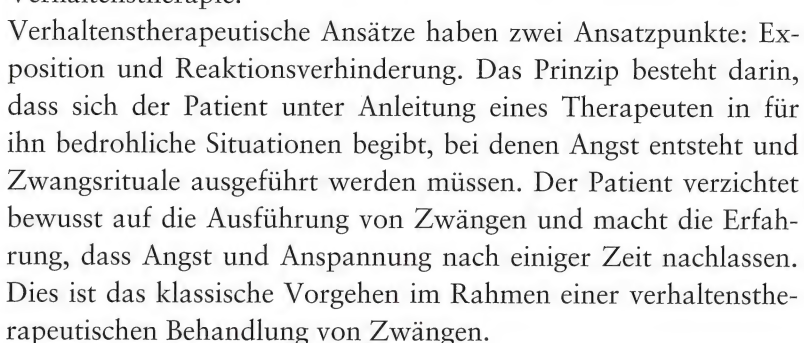


Hilfe zur Selbsthilfe

Psychotherapie



Verhaltenstherapie



Die wirksamste Therapie bei Zwangsstörungen überhaupt ist die Verhaltenstherapie.
Verhaltenstherapeutische Ansätze haben zwei Ansatzpunkte: Exposition und Reaktionsverhinderung. Das Prinzip besteht darin, dass sich der Patient unter Anleitung eines Therapeuten in für ihn bedrohliche Situationen begibt, bei denen Angst entsteht und Zwangsrituale ausgeführt werden müssen. Der Patient verzichtet bewusst auf die Ausführung von Zwängen und macht die Erfahrung, dass Angst und Anspannung nach einiger Zeit nachlassen. Dies ist das klassische Vorgehen im Rahmen einer verhaltenstherapeutischen Behandlung von Zwängen.

Medikamentöse Behandlung

Bestimmte Medikamente werden bei der Behandlung von Zwängen eingesetzt. Insbesondere Medikamente, die den Botenstoff Serotonin beeinflussen, haben sich für einen Teil der Betroffenen als hilfreich erwiesen. Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) verhindern, dass Serotonin schnell wieder aufgenommen wird.

In Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass über 60 Prozent der Betroffenen von der medikamentösen Behandlung profitieren. Das Ausmaß der Zwänge wird im Durchschnitt um etwa die Hälfte verringert. Eine vollständige Symptomfreiheit ist allerdings nicht zu erreichen.
Darum empfiehlt sich eine Kombination aus Kognitiver Verhaltenstherapie und medikamentöser Therapie. Insbesondere Menschen mit Zwangsstörungen und depressiven Symptomen profitieren von der kombinierten Behandlung.

Selbsthilfegruppen

Viele Betroffene finden die Teilnahme an Selbsthilfegruppen sehr hilfreich. Sie erfahren dabei, dass sie nicht allein dastehen mit der Symptomatik und bekommen Tipps zum Umgang mit der Erkrankung und zu Behandlungsmöglichkeiten. Informationen über regionale Selbsthilfegruppen können über die Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen eingeholt werden.

Selbsthilfebücher

Literaturtipps siehe S. 257 ff.

Mittlerweile gibt es viele empfehlenswerte Selbsthilfebücher und PC-gestützte Programme zur Hilfe im Umgang mit Zwangshandlungen und Zwangsgedanken.

Angehörige

Bei der Begleitung von Menschen mit Zwangsstörungen ist die Einbeziehung der Angehörigen besonders wichtig. Häufig sind Angehörige Teil des Zwangssystems geworden. Sie verstärken die Zwänge mitunter durch Rückversicherungen oder stellvertretende Kontrollen. Wenn Angehörige Aufgaben für den Betroffenen erledigen, vor denen er Angst hat, verstärken sie unfreiwillig Vermeidungsverhalten. Angehörige sollten ebenfalls über die Logik von Zwängen informiert werden. Sie können dann besser entscheiden, was hilfreich ist und was den Zwang eher verstärkt.
Nicht selten haben Betroffene eine deutliche Abhängigkeit von einem Familienangehörigen oder Partner entwickelt. Diese Person ist dann enorm eingebunden in das Zwangssystem und erlebt dies oft als äußerst belastend. Die Beziehungen werden durch die Zwangsrituale sehr strapaziert.

Steffen Moritz (2010, S. 14) hat in seinem Selbsthilferatgeber kurz zusammengefasst, was die Zwangsstörung verschlimmert. Er empfiehlt:



Was Zwangsstörungen verschlimmert und was Betroffene tun können.

Was die Dinge verschlimmert	Stattdessen
VERMEIDUNG Vermeidung mindert die Angst kurz-, aber steigert sie langfristig: Nach und nach werden Lebensbereiche eingebüßt, in denen man sich vorher noch sicher fühlte.	Stellen Sie sich den gefürchteten Objekten und den Situationen! Erobern Sie sich Ihre Umwelt zurück, aber setzen Sie sich realistische Ziele! Dieses Vorgehen stellt den Kern der Konfrontationsbehandlung dar.
SICHERHEITSRITUALE Das Tragen von Glücksbringern z. B. verleitet zu der falschen Schlussfolgerung, dass es allein diesen zu verdanken sei, dass eine Katastrophe nicht eingetreten ist.	Verzichten Sie zunehmend auf Glücksbringer und Dinge, die Ihnen helfen, eine Situation durchzustehen, aber viel Zeit und das Gefühl von Selbstbestimmung kosten. Werden Sie Ihres eigenen Glückes Schmied!
GEDANKENUNTERDRÜCKUNG Der Versuch, Gedanken aus dem Denken zu verbannen, führt zu einer paradoxen Verstärkung der Gedanken.	Lassen Sie Gedanken wie dunkle Wolken vorbeiziehen. Greifen Sie nicht ein!

Traumasensibilität

In den vergangenen Jahrzehnten entwickelten Fachleute ein neues Verständnis für die psychischen Folgen von traumatischen Ereignissen. Angestoßen wurde dieser Lernprozess durch die vielen traumatisierten und verstörten jungen Vietnamveteranen und Kriegsheimkehrer in den 1960er und 1970er Jahren in den USA. Ereignisse wie Terroranschläge, Amokläufe, Flugkatastrophen, Zugunglücke und Geiselnahmen, die in den Medien stark präsent waren, haben die öffentliche Diskussion und fachlichen Einschätzungen zusätzlich geprägt und Öffentlichkeit sowie Fachwelt für die psychischen und somatischen Folgen von traumatischen Ereignissen sensibilisiert.
Gewalt und sexuelle Übergriffe im Kindes- und Jugendalter und gegen Frauen sind in den vergangenen Jahrzehnten ebenfalls stärker ins öffentliche Bewusstsein gerückt. Immer deutlicher wird, welcher Zusammenhang zwischen Gewalterfahrungen und der Entwicklung von psychischen Störungen besteht. Fachleute sehen darin eine der größten Herausforderungen für das therapeutische und psychiatrische Versorgungssystem.

Erleben eines Betroffenen

BEISPIEL Manfred sitzt bleich mit schweißnassen Händen im Mitarbeiterzimmer des Wohnheims, in dem er seit einigen Monaten lebt. Er hat nur langsam Vertrauen zu den Mitarbeitern gefasst und bisher nur zögernd und vorsichtig über seine Ängste gesprochen. Der Mitarbeiter fragt, was ihn denn gerade beschäftige, er wirke so ängstlich und besorgt. Manfred antwortet ganz leise: »Wenn ich laute Geräusche im Haus höre, habe ich oft Angst, dass jemand in mein Zimmer kommt und mich verprügelt. Ich schließe dann die Tür ab und warte, bis die Angst wieder vorbeigeht, oder höre ganz laut Musik. Ich fürchte mich auch wenn ich in die Stadt gehe. Deshalb gehe ich gar nicht erst hin und bleibe hier im Wohnheim. In den vergangenen Nächten hatte ich einige Albträume, in denen ich geschlagen wurde.«

Manfred ist sehr misstrauisch, er rechnet dauernd damit, dass andere ihn angreifen oder beschimpfen. Konflikten geht er aus dem Weg.
Die Mitarbeiter des Wohnheims haben durch Berichte und Gutachten, die in der Vergangenheit über Manfred verfasst wurden, mehr über seine Lebensgeschichte erfahren. Sein Vater sei alkoholabhängig gewesen. Er habe ihn als Kind oft verprügelt. Seine Eltern haben sich getrennt, als er sieben Jahre alt gewesen sei. Die Mutter habe dann in wechselnden Partnerschaften gelebt. Mehrere Lebensgefährten der Mutter haben Manfred ebenfalls geschlagen. Insbesondere in Manfreds Pubertät sei es zu heftigen Konflikten gekommen und der damalige Partner seiner Mutter sei sehr gewalttätig gewesen. Manfred wird wegen einer paranoid-halluzinatorischen Psychose behandelt. ✖

Was wir alle kennen

»Ein Erlebniseindruck kann emotional so aufregend sein, dass er beinahe so etwas wie eine Narbe in der Gehirnsubstanz hinterlässt«, formulierte William James, einer der Urväter der Psychologie, schon 1890. Seit einigen Jahren wissen wir, dass dieser Satz tatsächlich zutrifft. Dies gilt insbesondere für traumatische Erlebnisse. In unserem Gehirn gibt es einen Bereich, in dem erfreuliche und unangenehme Erlebnisse abgespeichert werden. Das ist das limbische System, sozusagen das Zentrum unserer emotionalen Intelligenz. Im limbischen System gibt es den Mandelkern oder auch Amygdala genannt. Er ist darauf spezialisiert, gefährliche Erfahrungen abzuspeichern. Man geht davon aus, dass das in früheren Zeiten überlebenswichtig war, um schnell auf Gefahren zu reagieren. Wenn die Amygdala signalisiert, dass eine Gefahr besteht, sei es durch eine Spinne, Schlange oder einen Löwen, dann wird der Körper blitzschnell in einen Alarmzustand versetzt. Dies bedeutete einen Überlebensvorteil.
Der Überlebensvorteil kann jedoch zum Nachteil werden, wenn in der Amygdala Reize und Ereignisse abgespeichert sind, die im alltäglichen Leben keine Gefahr bedeuten. Und genau das kann durch traumatische Erlebnisse passieren. Es ist zum Beispiel möglich, dass jemand Regen als Gefahrensignal abspeichert, weil er einen gefährlichen Autounfall bei Regen erlebt hat. Blaue Augen

oder andere äußere Merkmale können ebenfalls als Gefahrensignale abgespeichert sein, beispielsweise dann, wenn jemand von einem Gewalttäter mit diesen äußerlichen Merkmalen überfallen wurde. Der evolutionäre Vorteil ist dann zu einem Nachteil geworden, vor allem, weil die gespeicherten Inhalte der Amygdala schwer oder nicht zu löschen sind.

Menschen in helfenden Berufen haben nicht selten selbst Verletzungen oder Traumatisierungen erlebt. Sie haben Wege gefunden, für sich selbst zu sorgen, sich zu schützen, und häufig ist daraus die Motivation gewachsen, anderen zu helfen, sich um sie zu kümmern oder in irgendeiner Form Fürsorge zu leisten. Der Buchautor und Psychotherapeut Irvin D. Yalom (1975) spricht vom »wounded healer«, also vom verletzten Helfer. Für Menschen in helfenden Berufen ist es deshalb wichtig, eigene Verletzungen und Bewältigungsstrategien kennenzulernen. Nicht selten stoßen wir auf die Verletzungen oder greifen auf unsere Strategien zurück – bewusst oder unbewusst. Supervision oder Selbsterfahrung können uns dabei helfen, dass uns eigene wunde Punkte und blinde Flecken bewusst werden.

Wenn man Menschen mit psychischen Erkrankungen beruflich unterstützt und begleitet, wird man immer wieder mit psychischen Krisen, Gewalt, Suizidgefährdung und suizidalen Handlungen konfrontiert. Nicht nur die Menschen mit psychischer Erkrankung, sondern auch die helfenden Personen sollten daher im Blick behalten werden.

Wenn Sie Hinweise darauf erhalten möchten, ob Sie selbst oder einer Ihrer Kollegen an den Folgen eines Traumas leiden, können sie folgende Fragen beantworten (nach Flatten 2010):

- Haben Sie ein auslösendes Ereignis mit Todesangst, Hilflosigkeit, Ohnmacht oder Entsetzen erlebt?
- Durchleben Sie das Ereignis in Form von Albträumen oder Flashbacks (Nachhallerlebnissen) immer wieder von Neuem? Werden Erinnerungen oder Flashbacks durch alltägliche Ereignisse ausgelöst?
- Meiden Sie Gedanken an das Ereignis, gehen Sie ähnlichen Situationen aus dem Weg? Geht dieses Verhalten einher mit einem sozialen Rückzug?
- Erleben Sie sich selbst als sehr angespannt und übernervös? Hierzu gehören Symptome wie Herzrasen, erhöhter Blutdruck, anhaltende innere Unruhe, Schlafstörungen und Schreckhaftigkeit.

Informationen zu Trauma und traumaassoziierten Störungen



Zusammenhang zwischen Gewalterfahrung und psychischer Erkrankung

Wenn sich Menschen in Behandlung begeben, tun sie dies meistens wegen Problemen, die eng mit dem Versorgungsauftrag der Einrichtung verbunden sind. Sie kommen wegen ihrer Psychose, wegen einer Suchterkrankung oder weil sie beruflich wieder einsteigen möchten. Mittlerweile wissen wir aber, dass mehr als die Hälfte der psychisch kranken Menschen in ihrem Leben Gewalt und traumatischen Erlebnissen ausgesetzt waren und sind.

In einer Übersicht über mehr als 50 Studien (Read u.a. 2005) fanden sich bei fast der Hälfte der Frauen in psychiatrischer Behandlung sowohl sexueller Missbrauch als auch körperliche Misshandlungen. Über zwei Drittel der Frauen berichteten, dass sie mindestens eine der beiden Formen von Gewalt erlebt haben. In den 30 Studien, die auch Männer einschlossen, berichteten 28 Prozent der Männer von sexuellem Missbrauch in der Kindheit, 50 Prozent von körperlichen Misshandlungen und insgesamt 59 Prozent erlebten mindestens eine der beiden Formen.

Weitere Studien belegen, dass schwere sexuelle Gewalterfahrungen bei 6 bis 15 Prozent der Mädchen und bei 1 bis 9 Prozent der Jungen vorkommen (Lampe 2006). Traumaexperten gehen davon aus, dass wiederholte traumatische Erfahrungen im Kindes- und Jugendalter zu komplexen Traumafolgestörungen führen (Flatten 2010; Sack 2010).

Durch massive Stresserfahrungen in der Kindheit erhöht sich die Vulnerabilität für psychische Erkrankungen, z. B. für Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS), Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHS), Angststörungen, Depression, Schizophrenie oder Suchtstörungen. Sehr häufig finden sich aufgrund der traumatischen Erfahrungen deutliche Veränderungen der Persönlichkeit bis hin zu Persönlichkeitsstörungen.



Was versteht man unter einem Trauma?

Was ein traumatisches Ereignis ist, wird im DSM-IV (siehe S. 57) so definiert:

Die betroffene Person war einer Situation ausgesetzt, in der folgende Bedingungen erfüllt waren:

- Die Person war selbst oder als Zeuge mit einem Ereignis konfrontiert, das den Tod, Todesbedrohung oder eine ernsthafte Bedrohung der physischen Integrität von sich selbst oder anderen Menschen zum Inhalt hatte.

- Die Person reagierte mit starker Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen.

Martin SACK (2010) schlägt noch ergänzende Kriterien für eine Traumadefinition vor, die sich auf die Traumatisierung im Kleinkindalter beziehen:

- Die betroffene Person war in ihrer Kindheit wiederholt Situationen emotionaler oder physischer Vernachlässigung ausgesetzt oder wurde wiederholt vorsätzlich und ohne Grund entwertet, gedemütigt oder angeschrien.
- Die betroffene Person reagierte mit starker Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen.

Zu den häufigsten Ereignissen, auf die diese Definition zutrifft, gehören Erfahrungen von körperlicher und sexueller Gewalt. Die Gewalt findet leider oft in einem problematischen familiären und sozialen Umfeld statt, ohne dass die Opfer Schutz erfahren und ohne gute und tragfähige Beziehungen zu Eltern oder Geschwistern.

Nach TERR (1991) kann man zwei Traumatypen unterscheiden. Terr spricht von kurz andauernden traumatischen Ereignissen (Typ-I-Traumata) wie z. B. Unfälle, Naturkatastrophen, Überfälle, Zugunglücke. Und es gibt länger dauernde, wiederholte Traumata (Typ-II-Traumata) wie z. B. Mehrfachfolter, wiederholte sexuelle oder körperliche Gewalt, Kindesmisshandlungen, Kriegsgefangenschaft. Typ-II-Traumata sind in der Regel durch Menschen zugefügt.

Vordergrund

Diagnostik und Häufigkeit

Mit traumatischen Erfahrungen sind überwältigende Erfahrungen der Ohnmacht und Hilflosigkeit verbunden. Viele Menschen reagieren auf das Ereignis zunächst mit Herzrasen oder Schweißausbrüchen, traumatischen Erinnerungen und starken emotionalen Reaktionen, wie Angst, Wut oder Trauer. Im weiteren Verlauf können genau diese Reaktionen zu erheblichen Problemen für Betroffene führen. Sie werden zur psychischen Störung. Wir stellen Ihnen hier verschiedene Traumafolgestörungen zusammenfassend vor. Die Übergänge und Abgrenzungen sind teilweise fließend und manchmal schwer zu diagnostizieren.

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) kann als unmittelbare Folge oder um Wochen oder Monate verzögert nach einem traumatischen Ereignis auftreten. Studien weisen darauf hin, dass etwa 25 Prozent der von einem traumatischen Ereignis betroffenen Menschen eine PTBS entwickeln.

Die typischen Symptome einer PTBS sind sich aufdrängende belastende Erinnerungen an das Trauma, das Vermeiden von Auslösereizen, eine veränderte emotionale Reaktionsbereitschaft. Das vegetative Erregungsniveau ist erhöht, dies bedeutet, dass sich die Betroffenen ständig in Alarmbereitschaft befinden.



Angstbesetzte Erinnerungen: Flashbacks und Intrusionen

Angstbesetzte Erinnerungen nennt man Intrusionen, sie können auch in Form von Albträumen auftreten. Das intensive Wiedererleben im Wachzustand wird auch Flashback oder Nachhallerlebnis genannt. Intrusionen und Flashbacks lösen intensive körperliche und emotionale Reaktionen aus, so als ob man sich wieder in der traumatischen Situation befände. Der Organismus kann nicht unterscheiden, ob es sich um ein vorgestelltes oder reales Ereignis handelt.



Vermeidung

Betroffene vermeiden Situationen, Orte und Menschen, die an das belastende Ereignis erinnern könnten. Flashbacks können durch ganz verschiedene mit dem Trauma assoziierte Reize ausgelöst werden. Es kann eine bestimmte Augenfarbe sein, ein lautes Geräusch, ein Geruch, ein Gefühl der Ohnmacht, erhöhter Puls oder ein Kleidungsstück, das an den Täter oder die Situation erinnert. Die Auslösereize sind den Betroffenen in der Regel nicht bewusst, sodass Vermeidung nur eingeschränkt vor erneuten Flashbacks und Angstreaktionen schützen kann.



Veränderte emotionale Reaktionsbereitschaft

Betroffene leiden unter einem anhaltenden Bedrohungsgefühl und einer chronischen Stressreaktion. Diese haben eine anhaltende Übererregung, eine erhöhte Schreckhaftigkeit, Schlaf- und Konzentrationsstörungen, Erschöpfung und mangelnde Belastbarkeit zur Folge.

Etwa 8 Prozent der Bevölkerung erkranken im Laufe ihres Lebens an einer PTBS (KESSLER u. a. 1995). Bei Menschen mit psychischen Störungen werden regelmäßig Raten zwischen 29 und 43 Prozent berichtet (z. B. MUESER u. a. 2004).

Das DSM-IV nennt neben oben genannten Merkmalen einer PTBS noch weitere Kriterien. Voraussetzung dafür, dass eine PTBS diagnostiziert werden kann, ist zum einen, dass Betroffene einem Geschehen mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt waren, das bei fast jedem Verzweiflung auslösen würde. Zum Zweiten geht das

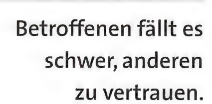
DSM-IV davon aus, dass die Betroffenen sich entweder nicht an wichtige Aspekte der Belastung erinnern können oder dass sie anhaltende Symptome erhöhter Erregung mit mindestens zwei der folgenden Merkmale haben:

- Ein- und Durchschlafstörungen,
- Reizbarkeit oder Wutausbrüche,
- Konzentrationsstörungen,
- Hypervigilanz (d.h. übermäßige Wachsamkeit),
- Schreckhaftigkeit.

Die Symptome dauern länger als einen Monat an und verursachen für die Betroffenen großes Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
Einmalige Ereignisse führen eher zu den Symptomen einer PTBS, während wiederholte traumatische Erfahrungen häufig zu anderen Störungen führen. Frühkindliche und langdauernde Traumatisierungen führen zu einer komplexen PTBS.

Komplexe PTBS

Die komplexe PTBS umfasst noch weitere Störungen und Symptome in folgenden Bereichen:
Betroffene zeigen große Schwierigkeiten, Gefühle wahrzunehmen, zu unterscheiden und angemessen zum Ausdruck zu bringen. Insbesondere der Umgang mit Wut und Ärger fällt schwer. Häufig tritt selbstdestruktives, selbstverletzendes und suizidales Verhalten auf. Die Neigung zu impulsivem und risikoreichem Verhalten ist vorherrschend.
Die Aufmerksamkeit ist beeinträchtigt durch dissoziatives Erleben und es treten Erinnerungslücken und Amnesien auf.
Die Betroffenen leiden nicht selten unter zusätzlichen körperlichen Beschwerden wie beispielsweise häufige Erkältungen, Entzündungen, Schmerzstörungen und Muskelverspannungen.
Auch die Persönlichkeit der Betroffenen kann sich bei einer komplexen PTBS verändern. Insbesondere ändert sich die Selbstwahrnehmung: Betroffene haben chronische Schuldgefühle, machen sich selbst Vorwürfe oder erleben Gefühle von Ohnmacht und Hilflosigkeit. Der oder die Schädiger werden mitunter verzerrt wahrgenommen und idealisiert.



Betroffenen fällt es schwer, anderen zu vertrauen.

Die Beziehungen zu anderen Menschen verändern sich. Sehr stark ausgeprägt ist dabei die Unfähigkeit, zu vertrauen und Beziehungen mit anderen aufrechtzuerhalten. Es besteht die Tendenz, erneut Opfer zu werden oder andere zum Opfer zu machen.

Bei vielen Betroffenen gerät ihr Bild von der Welt völlig aus den Fugen. Sie verlieren ihre bisherigen Überzeugungen vom Leben, sind verzweifelt und hoffnungslos.
Viele Betroffene erleben im Laufe ihrer Krankheitsgeschichte, Therapien und Klinikaufenthalte, dass ihre Beschwerden und Symptome unterschiedlich eingeordnet und diagnostiziert werden. Das Spektrum der Diagnosen lautet nicht selten Schizophrenie, Depression, Angst- und Zwangsstörungen, Persönlichkeitsstörung insbesondere Borderline-Störung, Somatisierungsstörung, Essstörung etc. Untersuchungen weisen auf große Überschneidungen zwischen der komplexen PTBS und der Borderline-Persönlichkeitsstörung hin.



Andere psychische Störungen können gleichzeitig auftreten.

Tatsächlich ist es bei PTBS und vor allem bei der komplexen PTBS häufig, dass andere psychische Störungen gleichzeitig auftreten. Die Zusammenhänge und Abgrenzungen sind zum Teil sehr schwierig und die diagnostische Diskussion um Borderline, komplexe PTBS und dissoziative Störungen ist noch nicht abgeschlossen.

Hintergründe

Man geht davon aus, dass Menschen in traumatischen Situationen psychisch massiv überfordert sind. Die Überforderung äußert sich in dissoziativem Erleben.

BEISPIEL

Martin erlitt an einem regnerischen Tag einen schweren Autounfall. Auf einer Landstraße raste ein Fahrzeug frontal in sein Auto. Im Moment des Aufpralls setzte Martins Erinnerung aus. Er war erst wieder bei Besinnung, als er aus seinem Auto befreit wurde. Am Unfallort erlebte er sich von seinem Körper getrennt, alles wie von weit weg und von außen. Er ging zu fremden Personen am Unfallort und fragte nach, was denn passiert sei. An vieles, was nach dem Unfall geschah, kann Martin sich gar nicht mehr erinnern.

Umgangssprachlich bezeichnen wir diese dissoziative Reaktion als Unfallschock.

Dissoziation: wenn sich die Seele vom Unerträglichen abspaltet

Unsere Seele reagiert auf unerträgliche Situationen mit einem Mechanismus der Entfernung und Abspaltung von den realen Ereignissen. Man spricht von Dissoziation. Sie ist eine Art Selbstschutz, ein Überlebensmechanismus, wenn wir es nicht mehr aushalten können in traumatischen Situationen. Bei einem einmaligen Ereignis ist es leichter, im Nachhinein die Ereignisse zu rekonstruieren, Erinnerungslücken zu schließen und dissoziierte Erinnerungsfetzen

zu integrieren. Martin hat keine PTBS entwickelt. Allerdings fährt er auch noch nach Jahren ungern bei Regen Auto.
Viel schwieriger und nachhaltiger ist die Schädigung durch wiederholte Traumata wie z. B. durch wiederholte Kindesmisshandlungen oder Vergewaltigungen. Es kommt immer wieder und über längere Zeiträume zu dissoziativen Reaktionen. In den dissoziativen Phasen ist insbesondere Lernen kaum möglich. Treten dissoziative Phasen häufig und anhaltend in der Kindheit auf, kann es daher zu Kompetenzlücken und Entwicklungsverzögerungen kommen. Traumatische Erinnerungen werden im sogenannten impliziten, d. h. unbewussten Gedächtnissystem abgespeichert. Implizite »traumatische Erinnerungen« sind gekennzeichnet durch Albträume, Flashbacks und eine hohe emotionale Beteiligung. Die Erinnerungen fühlen sich so an, als wenn sie hier und jetzt passieren. Sie sind manchmal sehr detailgenau, aber ohne eine Einbettung in einen zeitlichen und räumlichen Kontext. Betroffene können die traumatischen Erinnerungen nicht kontrollieren. Sie werden schon durch Kleinigkeiten ausgelöst und Betroffene wissen nicht, was die Erinnerungen auslöst. Die Angst vor dem Trauma bleibt.

Angst vor den traumatischen Erinnerungen und Strategien zur Vermeidung schaukeln sich hoch.

Betroffene entwickeln Strategien zum Schutz vor diesen angstbesetzten Erlebniszuständen. Sie betäuben sich oder versuchen, Intrusionen und Flashbacks zu vermeiden. Dies verhindert eine weitere Verarbeitung der traumatischen Angst. Vermeidungsstrategien sind meist wenig erfolgreich, da auslösende Reize überall lauern können. In der Folge nehmen Angst und Misstrauen gegenüber den Mitmenschen zu. Die Betroffenen ziehen sich immer mehr zurück und das verstärkt wiederum Symptome wie Selbstwertprobleme, veränderte Persönlichkeitszüge, Übererregbarkeit, depressive Symptome und Ängste.
Die anhaltend hohe Stresserregung ist einerseits Folge des skizzierten Teufelskreises, andererseits hält sie den Teufelskreis aufrecht. Lange zurückliegende verletzende und zutiefst kränkende Erfahrungen werden im inneren Erleben frisch und wachgehalten, so als ob es sich um eine gegenwärtige Erfahrung handelt. Das reale biografische Erlebnis kann bereits Jahre oder Jahrzehnte zurückliegen.
Die Art und Weise, wie Traumata bei einer PTBS verarbeitet werden, lässt sich nach Sack (2010) so zusammenfassen:

- Traumatisierungen sind durch Angst und extreme Stressreaktionen gekennzeichnet.
- Während des Traumas kommt es zu einer Überforderung der normalen Fähigkeit zur Informationsverarbeitung.

- Durch Dissoziationen werden die Erinnerungen an das traumatische Erlebnis nicht als Ganzes abgespeichert.
- Die traumatische Erfahrung wird in losgelösten Teilen im impliziten Gedächtnis abgespeichert.
- Die Erinnerungsfetzen werden nicht in eine zusammenhängende Geschichte integriert. Sie bleiben isoliert und können durch verschiedene Auslösereize wieder geweckt werden.
- Die Verarbeitung und Entwicklung einer zusammenhängenden Geschichte der traumatischen Erfahrungen bleiben auch längerfristig erschwert, weil sie mit starken Gefühlen und einer hohen inneren Erregung verbunden sind. Das heißt, die Erinnerungsfetzen bleiben isoliert und kehren wieder in Form von Albträumen und Flashbacks.

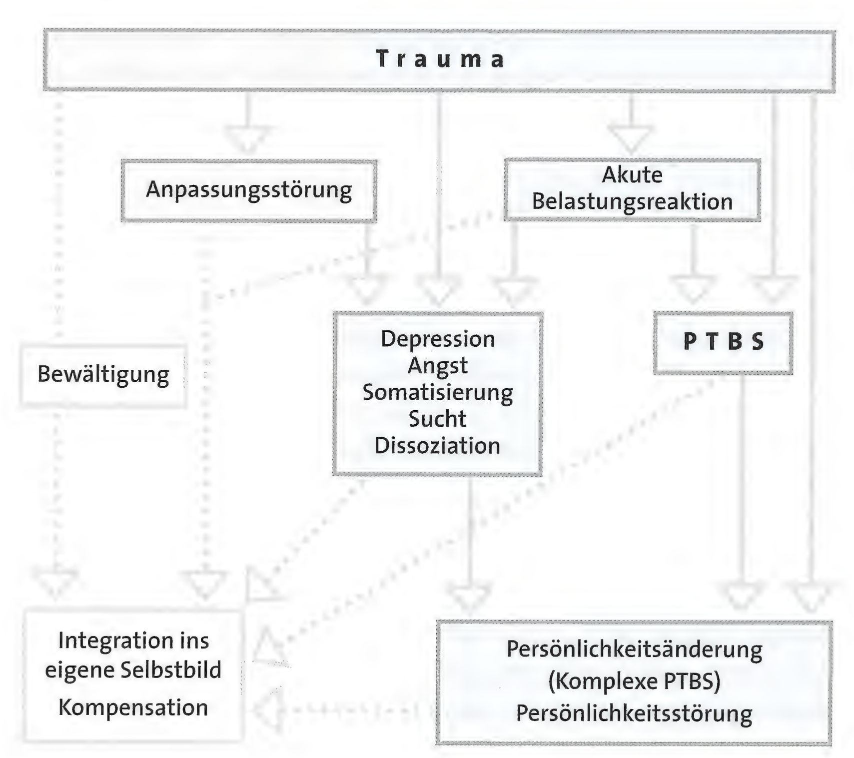


ABBILDUNG 23
Übersicht über die Traumafolgestörungen (aus Flatten u. a. 2004, S. 5)

Was hilft im Alltag?

Mittlerweile wissen wir, dass etwa 50 Prozent der Menschen mit psychischen Erkrankungen in Kindheit oder Jugend traumatischen Erfahrungen ausgesetzt waren. Diese Tatsache wird allerdings innerhalb des Versorgungssystems nur wenig berücksichtigt. Traumafolgesymptome führen häufig zu einem schwereren Erkrankungsverlauf bei Psychosen, Depressionen, Angststörungen und anderen psychischen Erkrankungen. So haben traumatisierte Betroffene unabhängig von der jeweiligen psychiatrischen Diagnose vermehrt Schwierigkeiten bei der Emotionsregulation, der Beziehungsgestaltung oder mit ihrer Identität verglichen mit Personen mit gleicher psychiatrischer Diagnose ohne traumatische Erfahrungen (LYSAKER u.a. 2005). Außerdem gibt es Zusammenhänge zwischen Traumatisierungen und spezifischen Beschwerden im Rahmen der jeweiligen Erkrankung, beispielsweise in der Art und Ausgestaltung psychotischer Symptome (z.B. ROMME & ESCHER 2008).
Diese Symptome erschweren die Therapie und den Umgang im Alltag, vor allem, wenn sie nicht erkannt werden und Betroffene keine angemessene Unterstützung erhalten, damit sie lernen, mit den traumatischen Erfahrungen umzugehen. Nicht selten führt das Ignorieren zu Behandlungsabbrüchen, weil die Betroffenen sich nicht verstanden fühlen. Es kann zu Retraumatisierungen und dem erneuten Auftreten von PTBS-Symptomen kommen. Traumatisierte Personen gelten häufig als »Systemsprenger«, »Drehtürpatienten« oder einfach als »unbehandelbar«.
Vor diesem Hintergrund wird nun verstärkt gefordert, dass Angebote für psychisch kranke Menschen »traumasensibel« gestaltet werden (SCHÄFER 2008, 2009). Damit ist gemeint, dass gewisse Grundprinzipien des Umgangs mit traumatisierten Menschen berücksichtigt werden, ganz unabhängig vom primären Versorgungsauftrag. Hierzu zählen ein Verständnis für die Auswirkungen von traumatischen Erfahrungen, Empathie, das Gewähren von Sicherheit, Vermeidung von Retraumatisierungen, Reflexion und das Überprüfen der eigenen Strukturen und Angebote.

Traumasensibler Umgang

In einer WfbM, einem Wohnheim für psychisch kranke Menschen, einem Gemeindepsychiatrischen Zentrum, einer psychiatrischen Akutstation oder in einer Tagesklinik können in der Regel keine traumaspezifischen Behandlungen wie beispielsweise die Traumaexposition durchgeführt werden. Hier sind spezifische ambulante oder stationäre Psychotherapieangebote erforderlich und zuständig. Ein traumasensibler Umgang ist jedoch in den meisten allgemeinen Versorgungseinrichtungen möglich. Wie muss dieser gestaltet werden?

Ein sensibler Umgang mit Traumata ist überall möglich.

Sicherheit, Kontrolle und Autonomie stärken

Traumatische Erfahrungen sind geprägt von einem starken Maß an Hilflosigkeit und Kontrollverlust. Betroffene fühlen sich in diesen Situationen machtlos und ausgeliefert. Daher ist Sicherheit für Betroffene am allerwichtigsten.
Sie benötigen deshalb bei Behandlungsmaßnahmen Kontrolle und die Möglichkeit, Entscheidungen zu treffen. Unklare Grenzen, ständig wechselndes Personal, unberechenbare Gesprächssituationen und große Gruppen verunsichern sie eher. Sie sollten die Möglichkeit haben, sich aus Situationen, die sie überfordern, zurückzuziehen. Hierfür können Einrichtungen spezielle Räumlichkeiten einrichten.
Grenzen von Betroffenen sollten immer respektiert werden. Betroffene sollten selbst steuern, was sie von sich preisgeben und wie stark sie sich engagieren und einlassen. Wenn sie ihre Bezugsperson selbst aussuchen können und viele Wahlmöglichkeiten haben, stärkt das ihre Autonomie. Sie sollten Behandlungs- oder Rehabilitationsentscheidungen möglichst eigenverantwortlich treffen. Ermutigen Sie Ihre Klienten, eigene Grenzen zu setzen, wenn es zu viel wird, wenn sie beispielsweise zu viel Kontakt mit Mitbewohnern erleben.



Unterstützen Sie Ihre Klienten beim Setzen von Grenzen.

Wenn Klienten Ihnen misstrauen oder Ihre Reaktionen austesten, sind das meist Kontrollmaßnahmen, um nicht wieder enttäuscht und verletzt zu werden. Nehmen Sie es nicht persönlich, sondern versuchen Sie, das so zu verstehen und zu respektieren. Für die meisten Betroffenen ist es eine große Herausforderung, wieder Vertrauen zu fassen in andere Menschen und das Leben. Eine wichtige Basis dafür ist das Gefühl von Sicherheit und Kontrolle.

Empathie, Verständnis und Informationen

An zweiter Stelle für einen traumasensiblen Umgang stehen Verständnis und Empathie für die vielfältigen Folgen einer Traumatisierung und die emotionalen Reaktionen von Betroffenen. Betroffene erfahren so, dass ihre Reaktionen verständlich und in Ordnung sind.

Traumata dürfen kein Tabu sein.

Im Rahmen von Teamfortbildungen, Supervision, Intervision, Fallbesprechungen können traumaspezifische Informationen auf einer breiten Basis vermittelt und erarbeitet werden. Wenn Fachkräfte die traumatische Seite des Erlebens ihrer Klienten im Blick haben, vermittelt das den Betroffenen, dass sie mit diesen Erfahrungen in der Institution sein können. Traumatisierungen sind kein Tabu mehr. Erfragen Sie traumatische Erlebnisse im Rahmen von Anamnesegesprächen ganz sachlich: »Haben Sie Erfahrungen gemacht, in denen Ihre Grenzen nicht gewahrt wurden?« Damit ist klar, dass darüber gesprochen werden kann, auch wenn Ihre Klienten vielleicht nicht oder falsch antworten, weil sie noch kein Vertrauen gefasst haben. Bohren Sie nicht nach!

Mitarbeitende erwerben über Fortbildungen zusätzliche Kompetenzen, sensibel über mögliche Traumatisierungen zu sprechen. Betroffene sollten ermutigt werden, sich im Rahmen der therapeutischen Gesprächsangebote anzuvertrauen, aber ein Höchstmaß an Kontrolle darüber bewahren, inwieweit sie sich mitteilen möchten.

Mitarbeiter können in Gesprächen Erklärungen für die Übererregung oder die Schreckhaftigkeit anbieten. So fällt es Betroffenen leichter, ihre Erlebnisse einzuordnen. In dieser Phase kann es sein, dass Mitarbeitende ganz viel informieren müssen. Dissoziatives Erleben in seiner Funktion als ein Schutzmechanismus sollte ebenfalls angesprochen und den Betroffenen bewusst gemacht werden. Verschaffen Sie sich grundlegende Kenntnisse über unterstützende und stabilisierende Maßnahmen sowie über mögliche regionale Hilfsangebote, z. B. ob die Teilnahme an einer Skillsgruppe möglich ist.

Durch Verständnis, Empathie und Informationen werden die Bewältigungsversuche der Betroffenen gewürdigt und erste Schritte zur Verarbeitung und zu günstigeren Bewältigungsstrategien angestoßen.

Wenn ein therapeutischer Behandlungsauftrag in der Einrichtung vorliegt, sollte natürlich auch eine Diagnostik traumatischer Symptome vorgenommen werden.

Strukturen und Maßnahmen traumasensibel gestalten



Reflektieren Sie Strukturen und Arbeitsabläufe in Ihrer Einrichtung.

Viele strukturelle Aspekte in psychosozialen Einrichtungen, wie mangelnde Rückzugsmöglichkeiten, unangemeldete Kontrollen oder Rundgänge, invasive medizinische Untersuchungen, ein geringer Grad der Beteiligung der Nutzer oder zu große Gruppen können das Gefühl des Ausgeliefertseins und der Hilflosigkeit auslösen.

Versuchen Sie, Risiken für Retraumatisierungen zu reduzieren. Hierfür sollten Sie auslösende Situationen für heftige Emotionen gemeinsam mit Ihren Klienten rekapitulieren und die Auslöser identifizieren.

Ärztliche Untersuchungen, sich ausziehen und angefasst werden, auf einem Röntgentisch liegen im Dunkeln oder die Untersuchung beim Frauenarzt sind stark angstbesetzt. Deshalb können manche Betroffene Arztbesuche nur in Begleitung durchstehen. Die Begleitung durch eine vertraute Person wirkt angstlindernd, sie kann bis ins Untersuchungszimmer führen. Fragen Sie nach, wie weit Sie begleiten sollen, z. B. beim Frauenarztbesuch.

Volle, enge Wartezimmer, in denen mehrere Männer sitzen, ohne jegliche Fluchtmöglichkeit können ebenfalls panische Ängste auslösen. Regen Sie geschützte Wartemöglichkeiten an. Es hilft, wenn Ärzte erklären, was als Nächstes kommt. Jeder Schritt wird vorher angekündigt. Dies schafft Klarheit. Unklarheit, schwammige Kommunikation und unerwartete Handlungen lösen hingegen Ängste aus.

Den Überlebenskünstler sehen

Viele Betroffene verfügen über ungeahnte Ressourcen. Die meisten haben irgendwie überlebt trotz widrigster Lebensbedingungen. Es ist wichtig, einen Blick für all die Ressourcen, Kompetenzen und Überlebensstrategien Ihrer Klienten zu entwickeln. An diese Ressourcen sollte angeknüpft werden. Sie sollten gestärkt werden, um Widerstandskräfte und neue Lebensmöglichkeiten zu entwickeln.

BEISPIELE

Barbara hat trotz ihres zurückgezogenen Lebens ihre künstlerischen und kreativen Fähigkeiten entdeckt. Sie nutzt sie, drückt Stimmungen und Erfahrungen aus. Gleichzeitig hat sie begonnen, Kunstunterricht für Kinder zu geben. ✖

Volker hat viele Misshandlungen durch seinen Vater und seine Mitschüler hinter sich. Er flüchtete sich in die Welt der Bücher

und hat in absoluter Isolation ein Fernstudium in Steuerrecht und Finanzbuchhaltung absolviert. ✖

Ressourcen können Ausgangspunkte für eine soziale und berufliche Integration sein. Bei Dingen, die sie gut können, fühlen sich die meisten Betroffenen sicherer und selbstwirksamer als in anderen Lebensbereichen. Versuchen Sie, die Kompetenzen Ihrer Klienten mit beruflichen und sozialen Perspektiven der Wiedereingliederung zu verbinden.
Insgesamt sollten alle Bewältigungsversuche und Überlebensstrategien gewürdigt werden. Betroffene können sie ganz oft selbst nicht sehen und erleben stattdessen starke Schuld- und Schamgefühle.

Psychohygiene für Fachkräfte

☞ Achten Sie gut auf sich.

In der Arbeit mit traumatisierten Menschen werden Fachkräfte mit heftigen Gefühlen – Hilflosigkeit, Angst oder Wut – konfrontiert. Es ist oft schwer, Zugang zu den Betroffenen zu finden und eine tragfähige Arbeitsbeziehung aufzubauen. Sie als Mitarbeiter werden getestet und geprüft, ob Sie das eine oder andere Verhalten tolerieren und wie Sie damit umgehen. Achten Sie deshalb auf das eigene Gleichgewicht. Nehmen Sie Unterstützung durch regelmäßige Supervisions- und Fallbesprechungen in Anspruch. Ein Ausgleich zur Arbeit und Abstand sind notwendig, um auch längerfristig eine sichere Bindung für Betroffene anbieten und gelassen reagieren zu können.
Setzen Sie angemessene persönliche Grenzen. Bieten Sie eher Hilfe zur Selbsthilfe an und überfordern Sie sich nicht, indem Sie zu viel Verantwortung übernehmen oder glauben, dass nur Sie allein dem Betroffenen in seiner Not helfen können.

Stabilisierung als Ziel

Neben den strukturellen Maßnahmen, die Betroffenen mehr Sicherheit bieten, können Sie in ganz vielen Behandlungssettings zur Stabilisierung der Betroffenen beitragen. Alles, was Betroffenen hilft, im Hier und Jetzt anzukommen und zu bleiben, stärkt ein Gefühl der Sicherheit, während Flashbacks, Intrusionen und Albträume weg in die bedrohliche Vergangenheit führen. Aufmerksamkeitslenkung in die Gegenwart tut gut und ist heilsam. Dabei kann es sich um ergotherapeutische Aufgaben handeln, um Kochen in der Wohngruppe, einen Spaziergang im Wald oder Übungen im

Rahmen der Bewegungstherapie. Legen Sie den Fokus auf die Gegenwart.
Alltagsnahe Achtsamkeitsübungen klären und beruhigen. Imaginative Übungen, die etwas mit Sicherheit, Ruhe und Geborgenheit zu tun haben, wie z. B. »Der Ort der Ruhe und Geborgenheit« ⇠ wirken stabilisierend. Viele Betroffene nutzen bereits stabilisierende Techniken. Fragen Sie nach: »Stellen Sie sich manchmal Helfer oder Unterstützer vor?« »Gibt es Orte oder Schutzräume, die Sie manchmal in der Vorstellung aufsuchen?« »Gibt es Fantasien, die Ihnen helfen, sich zu beruhigen?«

⇨ Download »Der Ort der Ruhe und Geborgenheit«

Eine Übersicht über weitere stabilisierende Techniken sind bei Reddemann (2003) ⇠ zu finden. Weitere Anregungen finden Sie im Kapitel zur Borderline-Persönlichkeitsstörung. Stabilisierungstechniken können keine traumaspezifischen Behandlungen ersetzten, aber darauf vorbereiten und Mut machen.

⇨ Literaturtipps siehe S. 257 ff.

Nach wie vor sind traumaspezifische Angebote sehr wenig verbreitet. Insbesondere Menschen mit schweren, komplexen Traumafolgestörungen bleiben diese Angebote oft verwehrt. Es ist weiterhin eine der größten Herausforderungen des Versorgungssystems, für traumatisierte Menschen früh angemessene traumasensible niederschwellige wie auch traumaspezifische Angebote anzubieten und diese gut zu vernetzen. Chronische psychische Störungen bei traumatisierten Menschen können dann besser verhindert werden.

Umgang mit suizidalen Krisen

Psychisch kranke Menschen sehen in manchen Phasen der Erkrankung keinen Ausweg mehr, dann besteht ein erhöhtes Suizidrisiko. Sie gehören zur Hauptrisikogruppe. Es ist wichtig für Mitarbeiter, dass sie lernen, mit suizidalen Krisen umzugehen und einzuschätzen, wann suizidale Gedanken keine akute Gefahr sind und wann eine akute Gefahr für die Betroffenen besteht.

Erleben einer Betroffenen

BEISPIEL Mia sitzt weinend im Dienstzimmer des Wohnheims. »Mein Freund hat Schluss gemacht. Ich halte das nicht aus. Ich will nicht mehr. Ich kann nicht mehr«, sagt sie schluchzend. Die Wohnheimmitarbeiterin kennt Mia gut. Sie kennt ihre vielen emotionalen Ausbrüche, aber dieses Mal wird sie hellhörig. Sie hört Mia sehr aufmerksam zu und hat Verständnis für ihre Not. Mia hat panische Angst vor dem Alleinsein. Die Mitarbeiterin nimmt sich Zeit, sie spürt Mias tiefe Verzweiflung.
Im Laufe des Gespräches fragt die Mitarbeiterin: »Denken Sie daran, sich etwas anzutun?« Mia zögert, leise sagt sie nach wenigen Augenblicken: »Ich möchte nicht mehr leben.«
Die Mitarbeiterin wird konkreter: »Ich kann Ihre Not und Verzweiflung spüren. Ich mache mir Sorgen, dass Sie sich etwas antun werden.« Mia gibt keine direkte Antwort. »Haben Sie konkrete Vorstellungen oder Pläne, wie Sie sich das Leben nehmen?« Mia schüttelt erst stumm den Kopf, einige Sekunden später flüstert sie: »Ja, ich denke daran, Tabletten zu schlucken.« Die Mitarbeiterin weiß, dass Mia bereits einen Suizidversuch mit Tabletten hinter sich hat, und ahnt, dass die Situation ernst ist. »Haben Sie Tabletten gesammelt?« – »Ja.« – »Haben Sie die im Zimmer?« Mia versucht, dem Blick und der direkten Frage auszuweichen. Schließlich nickt sie. Die Mitarbeiterin dankt Mia für die ehrliche Antwort.
Die Mitarbeiterin gibt einer Kollegin Bescheid, die umgehend Mias behandelnden Arzt verständigt. Mia und die Mitarbeiterin können

sofort vorbeikommen. Der Arzt versucht, durch Fragen herauszufinden, wie akut die Suizidalität einzuschätzen und ob eine sofortige Klinikeinweisung erforderlich ist.
Mia erklärt sich bereit, die Medikamente an die Mitarbeiterin des Wohnheims auszuhändigen. Es gelingt ihr, die Mitarbeiter zu überzeugen, dass zurzeit kein Klinikaufenthalt nötig ist. Sie möchte lieber das Angebot des Wohnheimteams nutzen.
Die Wohnheimmitarbeitenden bieten Mia an, dass sie für die Zeit, in der es Mia schlecht geht, engmaschig und regelmäßig nach ihr sehen, und eine kontinuierliche telefonische Erreichbarkeit während der Krise. Mia fühlt sich dadurch verstanden, unterstützt und vor allem nicht alleingelassen. Die Mitarbeitenden des Wohnheims klären in der nächsten Zeit immer wieder ab, ob sich Mias Suizidgefahr erhöht hat, ob sie nicht doch besser in einer Klinik behandelt werden sollte. ×

Was wir alle kennen

Wie wir mit suizidalen Klienten umgehen, hängt stark von unseren eigenen Erfahrungen mit dem Thema ab bzw. wie wir in der Vergangenheit damit umgegangen sind. Es gibt Lebensphasen wie z. B. die Pubertät, da berichten viele Menschen, dass sie in dieser Zeit darüber nachgedacht haben, wie es wäre, sich selbst umzubringen. In Phasen von Trennungen, während einer Scheidung oder nach dem Ausbruch einer schweren Erkrankung kann der Wunsch, sich das Leben zu nehmen, ebenfalls stark werden. Menschen, die unter starken Schmerzen leiden, können das Leben so leidvoll erleben, dass sie aus dem Leben scheiden wollen. Der Gedanke an den Tod kann einem wie ein Notausgang aus dem Leben erscheinen, wenn man sich verzweifelt, hilflos, tief verletzt fühlt und die eigene Lage ausweglos erscheint. Allein der Gedanke, dass es da so etwas wie einen Ausweg gibt, alles Leid zu beenden, kann entlasten. Auch wenn ganz klar ist, dass man nie tatsächlich Hand an sich legen würde.
Halten Sie einen Moment inne und denken darüber nach: Haben Sie selbst Situationen oder Lebensphasen erlebt, in denen Sie daran gedacht haben, sich das Leben zu nehmen?
Oder haben Ihnen nahestehende Menschen mit Suizid gedroht, Suizidversuche begangen oder sich tatsächlich das Leben genommen?

Umgang mit suizidalen Krisen

Psychisch kranke Menschen sehen in manchen Phasen der Erkrankung keinen Ausweg mehr, dann besteht ein erhöhtes Suizidrisiko. Sie gehören zur Hauptrisikogruppe. Es ist wichtig für Mitarbeiter, dass sie lernen, mit suizidalen Krisen umzugehen und einzuschätzen, wann suizidale Gedanken keine akute Gefahr sind und wann eine akute Gefahr für die Betroffenen besteht.

Erleben einer Betroffenen

BEISPIEL Mia sitzt weinend im Dienstzimmer des Wohnheims. »Mein Freund hat Schluss gemacht. Ich halte das nicht aus. Ich will nicht mehr. Ich kann nicht mehr«, sagt sie schluchzend. Die Wohnheimmitarbeiterin kennt Mia gut. Sie kennt ihre vielen emotionalen Ausbrüche, aber dieses Mal wird sie hellhörig. Sie hört Mia sehr aufmerksam zu und hat Verständnis für ihre Not. Mia hat panische Angst vor dem Alleinsein. Die Mitarbeiterin nimmt sich Zeit, sie spürt Mias tiefe Verzweiflung.
Im Laufe des Gespräches fragt die Mitarbeiterin: »Denken Sie daran, sich etwas anzutun?« Mia zögert, leise sagt sie nach wenigen Augenblicken: »Ich möchte nicht mehr leben.«
Die Mitarbeiterin wird konkreter: »Ich kann Ihre Not und Verzweiflung spüren. Ich mache mir Sorgen, dass Sie sich etwas antun werden.« Mia gibt keine direkte Antwort. »Haben Sie konkrete Vorstellungen oder Pläne, wie Sie sich das Leben nehmen?« Mia schüttelt erst stumm den Kopf, einige Sekunden später flüstert sie: »Ja, ich denke daran, Tabletten zu schlucken.« Die Mitarbeiterin weiß, dass Mia bereits einen Suizidversuch mit Tabletten hinter sich hat, und ahnt, dass die Situation ernst ist. »Haben Sie Tabletten gesammelt?« – »Ja.« – »Haben Sie die im Zimmer?« Mia versucht, dem Blick und der direkten Frage auszuweichen. Schließlich nickt sie. Die Mitarbeiterin dankt Mia für die ehrliche Antwort.
Die Mitarbeiterin gibt einer Kollegin Bescheid, die umgehend Mias behandelnden Arzt verständigt. Mia und die Mitarbeiterin können

sofort vorbeikommen. Der Arzt versucht, durch Fragen herauszufinden, wie akut die Suizidalität einzuschätzen und ob eine sofortige Klinikeinweisung erforderlich ist.
Mia erklärt sich bereit, die Medikamente an die Mitarbeiterin des Wohnheims auszuhändigen. Es gelingt ihr, die Mitarbeiter zu überzeugen, dass zurzeit kein Klinikaufenthalt nötig ist. Sie möchte lieber das Angebot des Wohnheimteams nutzen.
Die Wohnheimmitarbeitenden bieten Mia an, dass sie für die Zeit, in der es Mia schlecht geht, engmaschig und regelmäßig nach ihr sehen, und eine kontinuierliche telefonische Erreichbarkeit während der Krise. Mia fühlt sich dadurch verstanden, unterstützt und vor allem nicht alleingelassen. Die Mitarbeitenden des Wohnheims klären in der nächsten Zeit immer wieder ab, ob sich Mias Suizidgefahr erhöht hat, ob sie nicht doch besser in einer Klinik behandelt werden sollte. ✖

Was wir alle kennen

Wie wir mit suizidalen Klienten umgehen, hängt stark von unseren eigenen Erfahrungen mit dem Thema ab bzw. wie wir in der Vergangenheit damit umgegangen sind. Es gibt Lebensphasen wie z. B. die Pubertät, da berichten viele Menschen, dass sie in dieser Zeit darüber nachgedacht haben, wie es wäre, sich selbst umzubringen. In Phasen von Trennungen, während einer Scheidung oder nach dem Ausbruch einer schweren Erkrankung kann der Wunsch, sich das Leben zu nehmen, ebenfalls stark werden. Menschen, die unter starken Schmerzen leiden, können das Leben so leidvoll erleben, dass sie aus dem Leben scheiden wollen. Der Gedanke an den Tod kann einem wie ein Notausgang aus dem Leben erscheinen, wenn man sich verzweifelt, hilflos, tief verletzt fühlt und die eigene Lage ausweglos erscheint. Allein der Gedanke, dass es da so etwas wie einen Ausweg gibt, alles Leid zu beenden, kann entlasten. Auch wenn ganz klar ist, dass man nie tatsächlich Hand an sich legen würde.
Halten Sie einen Moment inne und denken darüber nach: Haben Sie selbst Situationen oder Lebensphasen erlebt, in denen Sie daran gedacht haben, sich das Leben zu nehmen?
Oder haben Ihnen nahestehende Menschen mit Suizid gedroht, Suizidversuche begangen oder sich tatsächlich das Leben genommen?

Wenn ja, wie sind Sie damit umgegangen? Wie haben Sie darauf reagiert?

Suizidales Verhalten als Tabu

Was wir selbst erlebt haben mit Suizidgedanken oder suizidalem Verhalten von anderen Menschen, kann unsere Reaktionen in der Gegenwart prägen.
Was sind Ihre ersten Reaktionen auf Menschen, die suizidale Gedanken oder Verhaltensweisen äußern?
Nicht selten reagieren sonst sehr professionelle Fachkräfte auf suizidgefährdete Menschen mit Vermeidung, Ärger, Ungeduld oder Nichtbeachtung. Also genau mit dem Gegenteil dessen, was suizidgefährdete Menschen brauchen. Die Klienten spüren häufig, dass es unerwünscht ist, wenn sie über Suizidgedanken sprechen. So wird ihre Hilflosigkeit und Verzweiflung mitunter noch größer.
Eink und Haltenhof (2009, S. 11) formulieren Gründe, das Thema Suizidalität eher zu übersehen:
» Ich spreche nicht gerne über Tod und Sterben, weil ich das Thema selbst beklemmend finde.
Ich habe Angst, dass ich mich ohnmächtig fühle gegenüber den Suizidgedanken der Klienten.
Nach einem Suizid müsste ich vielleicht rechtliche Konsequenzen fürchten.
Anstelle dieses Klienten würde ich möglicherweise auch nicht mehr leben wollen.
Für mein eigenes Leben könnte ich auch nicht klar einen Sinn benennen. «
Sich die eigenen Erfahrungen und Einstellungen und damit die eigenen blinden Flecken bewusst zu machen, ist daher besonders notwendig und Bestandteil professioneller Handlungskompetenz. Hierfür können Supervisionsgespräche hilfreich sein. Nur wer Verständnis und Akzeptanz für diese Seite menschlichen Erlebens entwickelt, kann in diesen existenziellen Situationen wirksam unterstützen. Suizidale Gedanken und Handlungen sind Notsignale für Leid, für besonders schmerzhafte Lebens- und Beziehungssituationen. Suizidgefährdete Menschen benötigen Zuwendung und Unterstützung, weil sie selbst nicht mehr weiterwissen. Sie benötigen stabile Beziehungen und Begleitung durch die Krise. Damit das alles gelingen kann, müssen wir selbst bereit sein, diesen Menschen mit ihren Extremerfahrungen offen zu begegnen. Fachkräfte dürfen sich dabei weder überverantwortlich machen, noch in Ablehnung und Tabuisieren verfallen.

Informationen über Suizidgefährdung

Erfreulicherweise sind die Todesfälle durch Suizid in Deutschland seit den 1980er-Jahren deutlich zurückgegangen, und zwar um nahezu die Hälfte, sowohl bei Männern als auch bei Frauen. 2010 wurden 10021 Suizide erfasst, während die Zahl 1980 noch bei 18451 gelegen hatte (Statistisches Bundesamt 2012). Man vermutet als Gründe für den Rückgang eine verbesserte fachärztliche Versorgung und die Enttabuisierung psychischer Erkrankungen. Suizide entsprachen 2010 1,2 Prozent aller Todesfälle (Statistisches Bundesamt 2011).
Man muss allerdings von einer hohen Dunkelziffer ausgehen. Bei manchen Verkehrsopfern oder Drogentoten kann es sich um eine vorsätzliche Selbsttötung gehandelt haben.
Die Sterblichkeit durch Suizid ist stark abhängig von Alter und Geschlecht. Im Jahr 2007 wurden fast drei Viertel aller Suizide von Männern ausgeführt. Etwa 40 Prozent aller Selbsttötungen werden von über 60-Jährigen verübt. Dies betrifft vor allem ältere Männer, deren Suizidrate um das 6- bis 9-Fache erhöht ist verglichen mit der Allgemeinbevölkerung. Da junge Erwachsene selten durch Krankheit versterben, erreicht der Anteil der Suizide an den Todesursachen bei ihnen den Maximalwert. Bei 15- bis 35-Jährigen ist etwa jeder sechste Todesfall ein Suizid (Statistisches Bundesamt Deutschland 2012).

Risikogruppen

Es gibt Menschen, die ein erhöhtes Suizidrisiko haben, dazu gehören Menschen in sozial instabilen Lebensverhältnissen, beispielsweise Menschen, die geschieden oder alleinlebend sind. Wolfersdorf (2000) beschreibt drei Hauptrisikogruppen:

- Menschen mit einer psychischen Erkrankung: vorrangig depressive, suchtkranke (Alkoholabhängige, Drogenabhängige) und an einer Psychose erkrankte Menschen. Auch Menschen mit Persönlichkeitsstörungen und Angststörungen haben ein deutlich erhöhtes Suizidrisiko.

- Menschen in Krisensituationen: sowohl alte Menschen, hier vorrangig Männer, als auch junge Erwachsene, die vereinsamt und isoliert leben; Menschen, die traumatische Erlebnisse zu verkraften haben; Menschen in Veränderungskrisen, die insbesondere in narzisstischen Krisen stecken; Menschen, die sich mit lebenseinschränkenden und lebensbeeinträchtigenden körperlichen oder psychischen Erkrankungen auseinandersetzen müssen.
- Menschen, die suizidales Verhalten angekündigt haben, die bereits einen oder mehrere Suizidversuche begangen haben.

Risikosituationen

Neben den Risikogruppen gibt es bestimmte kritische Bedingungen, Lebenssituationen und Lebensphasen, in denen die Gefahr höher ist, dass Menschen sich das Leben nehmen.

An erster Stelle müssen tatsächlich bevorstehende oder befürchtete Verluste genannt werden. Hierbei kann es sich um den Tod eines Angehörigen handeln oder um das Scheitern einer Ehe oder anderer wichtiger Beziehungen.

An zweiter Stelle stehen Kränkungen und Zurückweisungen, die Menschen in ihrem privaten und beruflichen Umfeld erleben, beispielsweise die Untreue eines Partners, die ausbleibende Beförderung.

Auch Lebensphasen, die mit körperlichen, seelischen und sozialen Veränderungen und Verunsicherungen verbunden sind, können suizidale Krisen auslösen. Dazu gehören die Pubertät, Pensionierung, das Wochenbett oder die Wechseljahre. Negative Ereignisse in diesen Lebensabschnitten bedeuten ein zusätzliches Risiko.

Situationen, die mit Entwurzelung verbunden sind, wie Migration und damit einhergehende Verluste von sozialen Bindungen im Herkunftsland können ebenfalls Risikosituationen sein. Des Weiteren können Menschen wirtschaftliche Probleme, Verschuldung, Arbeitslosigkeit oder Unternehmenspleiten als so aussichtslos erleben, dass sie zum Suizidrisiko werden.

Risikobefindlichkeiten

Viel wichtiger für das Erkennen von suizidalen Krisen als die Risikosituationen sind sogenannte Risikobefindlichkeiten, in die suizidgefährdete Menschen geraten. Suizidale Menschen erleben häufig eine große Hilflosigkeit und Ausweglosigkeit. Sich selbst das Leben zu nehmen wird zum Ausweg aus der hoffnungslosen Situation. Das Erleben von suizidalen und depressiven Menschen überschneidet sich sehr häufig.



Befindlichkeiten sind für die Einschätzung des Suizidrisikos wichtiger als bestimmte Situationen oder die Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe.

Risikobefindlichkeiten, die auf Suizidalität hinweisen können:
- Hilf- und Hoffnungslosigkeit;
- Sinnlosigkeit, Fehlen von Perspektiven;
- Verzweiflung, Ohnmacht;
- Freudlosigkeit;
- Selbstvorwürfe und Selbstbestrafungstendenzen;
- unerträglicher seelischer Leidensdruck;
- quälende Grübeleien;
- wahnhaftes Erleben, insbesondere Verfolgungs- und Untergangswahn;
- akustische Halluzinationen, insbesondere anklagende Stimmen, die zum Suizid auffordern.

Risikosignale



Ankündigungen eines Suizids sind nicht selten und sollten in jedem Fall ernst genommen werden.

Risikosignale sind verbale oder nonverbale Hinweise, die suizidgefährdete Menschen ihrem Umfeld geben. Direkte Suizid-Ankündigungen sind sehr häufig. Sie kommen in bis zu 75 Prozent der Fälle im Vorfeld suizidaler Handlungen vor. Sie sollten auf jeden Fall als Hilferuf ernst genommen werden, auch wenn sich beispielsweise herausstellen sollte, dass sie Ruf nach mehr Zuwendung sind. Es besteht trotzdem die Gefahr, dass sie in die Tat umgesetzt werden.

Häufig wird suizidales Erleben in sprachlichen Hinweisen direkt erwähnt oder aber es wird indirekt darauf hingewiesen. Alles mache keinen Sinn mehr, alles erscheine ausweglos. Manche drücken den Wunsch nach Ruhe, Unterbrechung oder nur noch schlafen zu wollen aus. Die Betroffenen haben keine Hoffnung mehr, dass ihre psychischen Bedürfnisse jemals befriedigt werden könnten. Deshalb lohnt es sich für sie nicht mehr zu leben.

Ein Signal, das Sie unbedingt ernst nehmen sollten, ist, wenn Menschen anfangen, sich um ihren Nachlass zu kümmern, und alles regeln, was nach ihrem Tod passieren soll. Wenn eine Abschiedsstimmung spürbar wird, wenn Alltagskontakte den Charakter von Abschiedsgesten bekommen, sodass man den Eindruck gewinnt, dass man dem Gegenüber nicht mehr begegnen werde.

Menschen, die mit dem Leben abgeschlossen haben, werden ihrer Gesundheit gegenüber gleichgültig, sie gehen größere Risiken ein

als sonst, fahren beispielsweise riskant mit dem Auto, es kommt zu einer Häufung von Unfällen.
Wie suizidales Erleben in Form von indirekten sprachlichen Hinweisen ausgedrückt werden kann, haben EINK & HALTENHOF (2009, S. 53, nach Dorrmann) so zusammengefasst.

» **Indirekte sprachliche Hinweise auf suizidale Krisen**

»Ich falle jedem zur Last.«
»Ich mache das nicht mehr mit.«
»Ich möchte, dass das alles aufhört.«
»Ich schaffe das nicht mehr.«
»Wenn ich mal nicht mehr da bin.«
»Mein ganzes Leben ist sinnlos geworden.«
»Manchmal möchte ich nur noch schlafen.«
»Leben Sie wohl.« (Statt: »Auf Wiedersehen.«)
»Wenn ich meinen Glauben nicht hätte, hätte ich schon längst aufgegeben.«
»Ich will einfach Ruhe haben, nichts mehr hören und sehen.« «

Vordergrund

WOLFERSDORF (2000) definiert Suizidalität als die Summe aller Denk- und Verhaltensweisen von Menschen und Gruppen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln, indem sie andere handeln lassen oder durch ein passives Unterlassen den eigenen Tod anstreben bzw. als mögliches Ergebnis einer Handlung in Kauf nehmen.



Suizidalität gilt nicht als Krankheit.

Auch bei gesunden Menschen gibt es in belastenden Lebenssituationen Todeswünsche und Suizidideen. Suizidales Handeln geschieht jedoch erfahrungsgemäß im Kontext von psychosozialen Krisen und psychischer Erkrankung. Das Erleben in suizidalen Krisen ist ganz stark eingeschränkt. Betroffene sehen keine anderen Handlungs- und Hilfemöglichkeiten und können sie auch nicht mehr nutzen. Perspektiven oder Chancen gibt es nicht mehr. Das Erleben ist gekennzeichnet durch Angst, Depressivität und Hilflosigkeit, aber auch durch Wut, Verärgerung und Getriebenheit sowie eine tiefe Überzeugung von der eigenen Hilf- und Hoffnungslosigkeit. Erinnern Sie sich an die tiefe Verzweiflung im Rahmen einer Depression, die wahnhafte Überzeugung vom Weltuntergang durch die eigene Schuld, an die Perspektivlosigkeit im Rahmen von schwierigen wirtschaftlichen und sozialen Beziehungssituationen wie Scheidung.

Suizidales Verhalten ist in den allerwenigsten Fällen ein Ausdruck von Freiheit und Wahlmöglichkeit, wie es der Begriff »Freitod« nahelegt. Suizidales Verhalten ist vielmehr ein Ausdruck von nicht mehr auflösbarer Einengung durch Not, Verzweiflung und existenzielle Beeinträchtigung.

Präsuizidales Syndrom

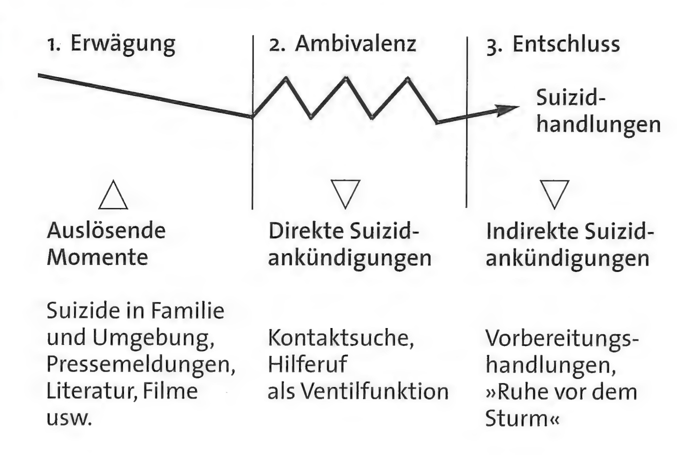
Der österreichische Psychiater Erwin RINGEL (1953) hat bei mehr als 700 Menschen nach einem Suizidversuch eine charakteristische Befindlichkeit beschrieben, die sich bei vielen Betroffenen vor einem Suizidversuch wiederfinden lässt. Sie besteht aus drei Komponenten bzw. Phasen:
Einengung: Denken und Handeln sind zunächst stark eingeengt. Es werden immer weniger Wahl- und Handlungsmöglichkeiten gesehen. Diese Einengung kann sich auch auf die Umwelt beziehen, durch Rückzug, Isolation, Vereinsamung, Arbeitslosigkeit, Krankheit etc. Der Suizid bleibt als einzige Möglichkeit und als einziger Ausweg.
Aggressionsumkehr: Es entstehen aggressive Gefühle und Impulse, die gehemmt werden, sich aufstauen und schließlich gegen die eigene Person gerichtet werden.
Suizidfantasien: Die Realität erscheint ausweglos. Suizidfantasien treten auf. Sie werden zunächst bewusst herbeigeführt, drängen sich dann aber zunehmend auf. Die sich aufdrängenden Suizidgedanken sind für Betroffene besonders belastend.
Das präsuizidale Syndrom hat eine wichtige Bedeutung zur Einschätzung von suizidalen Krisen. Die Merkmale sind Warnsignale für eine akute Suizidgefährdung.

Der Verlauf suizidaler Krisen

Walter PÖLDINGER (1968) hat ein Konzept suizidaler Krisen vorgestellt, das aus drei Phasen besteht. Er unterscheidet dabei zwischen einer Erwägungs-, einer Ambivalenz- und einer Entschlussphase.
In der **Erwägungsphase** wird der Suizid als Problemlösung ernsthaft in Betracht gezogen. Hierbei können suizidale Handlungen im sozialen Umfeld und Berichte in den Medien durchaus als Auslöser für eigene suizidale Handlungen fungieren.
Die darauf folgende Phase der **Ambivalenz** ist durch Unschlüssigkeit im Hinblick auf suizidales Erleben und Verhalten gekennzeichnet.

In dieser Phase gehen von den Betroffenen häufig direkte Hilferufe aus, aber auch indirekte Hinweise kommen vor. WOLFERSDORF (2000) weist darauf hin, dass ca. 46 Prozent aller später Verstorbenen in dieser Phase ihre Absicht, sich selbst zu töten, gegenüber Angehörigen geäußert haben. Werden diese Hinweise des suizidgefährdeten Menschen während der Ambivalenzphase nicht gehört, verstummt der Betroffene häufig und fühlt sich in seiner Not nicht ernst genommen. Resignation tritt ein.
PÖLDINGER (1968) geht dann von einem Übergang in die **Entschlussphase** aus. Diese geht allenfalls mit indirekten Hinweisen einher. Sehr häufig verschwinden die Verzweiflung und Unruhe der Betroffenen ganz plötzlich. Sie wirken dann recht ausgeglichen und abgeklärt. Dies wird von der Umgebung häufig fälschlicherweise als Abklingen oder Ende der suizidalen Krise gedeutet. Das Phänomen wird auch als »Ruhe vor dem Sturm« bezeichnet. Es kommt dadurch zustande, dass die Betroffenen die Ambivalenz hinter sich gelassen und den Entschluss zur Ausführung einer suizidalen Handlung bereits gefasst haben. Eine auf den ersten Blick als positiv wahrgenommene Verhaltensänderung sollte also als ein Alarmsignal verstanden werden.

ABBILDUNG 24
Phasen der Suizidalität (nach PÖLDINGER 1968)



Was hilft?


Hilferufe und Warnsignale nicht übersehen

Mitarbeiter haben sehr unterschiedliche Aufgaben und Rollen in einer Institution. Egal, welche Rolle eine Fachkraft hat, für alle gilt, dass sie Warnsignale und hilfesuchende, suizidgefährdete Menschen ernst nehmen und nicht wegschauen oder übergehen sollten. Es geht zunächst um eine wertschätzende Begegnung mit einem Klienten, der in Not ist. Diese Begegnung kann den Betroffenen motivieren, sich selbst Hilfe zu suchen. Falls dies nicht möglich ist, sollten Fachkräfte nicht zögern, ärztliche Hilfe, Hilfe vom psychologischen Dienst oder Sozialdienst in Anspruch zu nehmen.

Eine hilfreiche Beziehung aufbauen

Menschen, die sich eingeengt fühlen, die verzweifelt und in Not sind, keinen Ausweg mehr sehen können, benötigen Verständnis und Akzeptanz. Suizidalität sollte als Notsignal verstanden werden. Der Betroffene weiß nicht mehr weiter. Nehmen Sie sich Raum und Zeit, um seine Lebenssituation zu verstehen. Eine offene, vertrauensvolle Beziehung macht es leichter, über Suizidalität zu sprechen, und ist hilfreich für eine sichere Begleitung durch die Krise.

Allgemeine Überlegungen zum hilfreichen und fürsorglichen Umgang mit Suizidgefährdeten (in Anlehnung an WOLFERSDORF 2000)
Jedes Gespräch über Suizidalität ist ein Notfall-Gespräch.
Suizidalität ist (meist) Krisenzeit im Leben bzw. Ausdruck einer krisenhaften Zuspitzung psychischer Krankheit. Suizidalität liegt als menschenmögliches Verhalten nahe und geht mit Hilfe meist vorüber.
Erfragen Sie Suizidgedanken offen und direkt. Nehmen Sie die Gedanken ernst, ohne Beschönigung, ohne Verharmlosung, aber auch ohne Dramatisierung. Suizidgedanken sind Ausdruck seelischer Not.
Sie als Helfende bestimmen, wie das Gespräch verläuft. Die Entscheidung, ob und was zu geschehen hat, liegt ebenfalls bei Ihnen. Sollten Sie mit dieser Verantwortung überfordert sein, holen Sie sich fachliche Unterstützung.
Wenn Sie in suizidalen Krisen schnell handeln müssen, also den Suizidgefährdeten beispielsweise zurückhalten, festhalten, herunterholen oder einweisen müssen, sollten Sie rasch und ohne Schuldgefühle handeln. Der Gedanke »Jeder kann tun, was er will« ist hier fehl am Platz. Jedoch: Suizidprävention darf nicht inhuman und zur »Rettung mit Gewalt« werden.
Jeder Mensch hat soziale Bindungen und Wertigkeiten im Leben. In der Suizidalität können diese hilfreich halten, aber auch ihre Wertigkeit (z.B. gegenüber dem Wunsch nach Schmerzfreiheit) verlieren. Im Krisengespräch sollten haltgebende Bindungen und Wertigkeiten erfragt werden.
Suizidalität tritt häufig im Zusammenhang mit psychischer Krankheit auf und macht die Abklärung und gegebenenfalls eine Behandlung erforderlich.

Beurteilung der Suizidalität



Führen Sie ein offenes Gespräch.

Das Abklären der Gefährdung und Einschätzen der Suizidalität sollte im Rahmen eines Gespräches erfolgen. Schaffen Sie eine möglichst ruhige Gesprächsatmosphäre, in der sich der Betroffene sicher fühlen kann. Führen Sie das Gespräch also beispielsweise nicht in der Küche des Wohnheims oder an einem Arbeitsplatz, wo möglicherweise andere mithören können. Vermitteln Sie dem Betroffenen, dass Sie seine Lage nachvollziehen können, dass suizidale Gedanken und Verhaltensweisen Ausdruck tiefer Not sind.
Dennoch dürfen Sie sich nicht von der Verzweiflung anstecken und lähmen lassen. Versuchen Sie, Betroffene zu unterstützen, auch wenn sie Unterstützung ablehnen. Wenn die Gefahr besteht, dass Ihr Klient seine Suizidgedanken in die Tat umsetzt, holen Sie sich fachliche, ärztliche Unterstützung.
Da die Umstände für ein Gespräch sehr unterschiedlich sein können, ist es unmöglich, nach einem starren Raster vorzugehen. Stattdessen muss man flexibel auf die Situation und die Person eingehen.



Der Einstieg in das Gespräch kann die eigene Beobachtung sein.

Man kann mit eigenen Beobachtungen einsteigen wie z. B.: »Sie wirken zurzeit bedrückt. Ich habe den Eindruck, dass es Ihnen nicht gut geht.« Sollte der Klient dem zustimmen, kann man das Gespräch vertiefen: »Kann es sein, dass Sie gerade am liebsten Ihre Ruhe hätten?« Oder: »Haben Sie zeitweise das Gefühl, dass alles sinnlos und leer ist?« »Haben Sie manchmal den Wunsch, nicht mehr zu leben?« »Kommen dann auch Ideen oder Gedanken, sich etwas anzutun?« »Haben Sie bereits konkrete Pläne oder Vorstellungen, wie Sie sich das Leben nehmen könnten?« Schließlich: »Haben Sie bereits Vorbereitungen oder Pläne gemacht, z. B. Tabletten gesammelt?« Und: »Haben Sie schon für die Zeit nach dem Tod gesorgt, einen Abschiedsbrief geschrieben oder sich von wichtigen Menschen verabschiedet?«
Versuchen Sie zu klären, wie stark der innere Druck ist, diesen suizidalen Impulsen zu folgen, oder ob Ihr Klient auf Distanz zu den Impulsen und Gedanken gehen kann.



Menschen, die an Suizid denken, sollten möglichst wenig allein sein.

Behalten Sie die Ressourcen im Blick. Als Ressourcen zählen auch Äußerungen wie z. B.: »Das könnte ich meinen Eltern und meiner Freundin nie antun«. Gibt es Schutzmaßnahmen, zu denen der Betroffene bereit wäre? Lässt sich das Alleinsein in der nächsten Zeit vermeiden? Familie, Freunde oder Mitbewohner können eine wichtige Hilfe sein. Fragen Sie sich selbst, aber auch den Betroffenen, was ihn am Leben halten könnte, nach religiösen Bindungen, sozialen Verpflichtungen oder unerledigten Lebenszielen.

Für einen Betroffenen ist es besonders wichtig, dass er sein Leben wieder lebenswert findet. Deshalb sollten alle Angebote auf seine Bedürfnisse abgestimmt sein, nur so kann der Betroffene sie auch als Hilfe erleben. Beziehen Sie andere helfende Personen so gut es geht ein. Versuchen Sie, allen Beteiligten zu vermitteln, dass die Beziehung, die sie mit dem Menschen in einer suizidalen Krise haben, ein Anker sein kann. Mit allen helfenden Personen sollte der Betroffene offen über suizidale Gedanken und Pläne sprechen können.
Die Fragenliste von HAENEL und PÖLDINGER (1986) kann ein gedanklicher Leitfaden zur Abschätzung der Suizidalität sein. Sie sollten in der sensiblen Gesprächssituation keine Checklisten oder Fragebögen verwenden. Nachfolgende Liste sollte allenfalls im Hinterkopf des Mitarbeiters sein und keinesfalls als Liste vorgelegt werden. Je mehr Antworten in dieselbe Richtung wie die angekreuzten Antworten gehen, desto höher ist die Suizidgefährdung.



Fragen zur Abschätzung der Suizidalität

	Ja	Nein
Haben Sie in letzter Zeit daran denken müssen, sich das Leben zu nehmen?	×	
Häufig?	×	
Haben Sie auch daran denken müssen, ohne dass Sie dies wollten? Haben sich Selbstmordgedanken aufgedrängt?	×	
Haben Sie konkrete Ideen, wie Sie es machen würden?	×	
Haben Sie Vorbereitungen getroffen?	×	
Haben Sie schon mit jemand über Ihre Selbstmordabsichten gesprochen?	×	
Haben Sie einmal einen Selbstmordversuch gemacht?	×	
Hat sich in Ihrer Familie oder Ihrem Freundeskreis schon jemand das Leben genommen?	×	
Halten Sie Ihre Situation für aussichts- und hoffnungslos?	×	
Fällt es Ihnen schwer, an etwas anderes als an Ihre Probleme zu denken?	×	
Haben Sie in letzter Zeit weniger Kontakt zu Verwandten, Bekannten, Freunden?	×	
Haben Sie noch Interesse daran, was in Ihrem Beruf und in Ihrer Umgebung vorgeht? Interessieren Sie sich noch für Ihre Hobbys?		×
Haben Sie jemanden, mit dem Sie offen und vertraulich über Ihre Probleme sprechen können?		×
Wohnen Sie in Ihrer Wohnung, in einer Wohngemeinschaft, mit Familienmitgliedern oder Bekannten?		×
Fühlen Sie sich unter starken familiären oder beruflichen Verpflichtungen stehend?		×
Fühlen Sie sich in einer religiösen bzw. weltanschaulichen Gemeinschaft verwurzelt?		×

Fürsorgliches Management der aktuellen Krise

Nach der diagnostischen Einschätzung folgt das fürsorgliche Management, das bis zum Schutz des Patienten vor sich selbst reichen kann. Sie sollten in der Lage sein, einzuschätzen, ob der Klient ambulant durch die Krise begleitet werden kann oder ein engmaschiger Rahmen durch einen Klinikaufenthalt erforderlich ist. Wenn Sie sich unsicher sind, beraten Sie sich mit Kollegen und besprechen Sie, wann ein Psychiater für die Einschätzung hinzugezogen wird.
Sie als Fachkraft können die Verantwortung in dieser Notfallsituation nicht delegieren. Das gesamte Team sollte gemeinsam weitere Schritte für eine sichere Begleitung durch die Krise und stabilisierende therapeutische Angebote planen. Wenn kein eigenes Therapieangebot möglich ist, z. B. im Rahmen einer ergotherapeutischen Praxis, dann muss eines organisiert werden, eventuell durch eine Einweisung in die Psychiatrie.
Eine **Krisenbegleitung im ambulanten Rahmen** macht häufige und regelmäßige Kontakte erforderlich. Sie können auch via Telefon Kontakt halten. Beziehen Sie Angehörige, Partner und Freunde ein. Klären Sie, was den Betroffenen aktuell belastet, und unterstützen Sie ihn bei der Bewältigung dieser Situation. Prüfen Sie immer wieder die Suizidgefahr. Klären Sie, ob der Rahmen noch sicher genug oder doch ein stationärer Aufenthalt erforderlich ist.
Eine **Krisenbegleitung im stationären Rahmen** ist engmaschiger. Es findet eine »fürsorgliche Sicherung« durch Kontakte mit Pflegepersonal, Therapeuten und Ärzte statt, falls nötig auch 24 Stunden am Tag. Bei Weglaufgefahr können Sitzwachen, eine Unterbringung im Überwachungszimmer oder in einer geschlossenen Station nötig werden.
Versuchen Sie, alle verfügbaren therapeutischen Angebote für den Patienten nutzbar zu machen. Die Möglichkeiten reichen von einer Pharmakotherapie, Psychotherapie, der Einbeziehung der Angehörigen bis hin zur Sozialarbeit zur Klärung und Lösung von aktuellen Problemen.
Ein wichtiger Anker für das Weiterleben sind Bezugspersonen. Dies kann die Partnerin sein oder der Freund, der regelmäßig anruft, oder die Katze, die versorgt werden muss.
Ganz wichtig ist, dass Fachkräfte Hoffnung vermitteln. So kann der Klient die eingeengte Sicht auf sein Leben wieder erweitern und offener für alternative Problemlösungen werden.

Anlaufstellen in der suizidalen Krise

Mitarbeiter sollten grundsätzlich informiert sein über die verschiedenen Hilfsangebote im Krisenfall.
Erste Anlaufstellen können die Telefonseelsorge oder Pfarrer sein. Psychosoziale Beratungsstellen, der Hausarzt oder Selbsthilfegruppen sind ebenfalls häufig erste Anlaufstellen in Krisen.
Es gibt eine ambulante Versorgungsstruktur, die in Krisen genutzt werden kann, wie z. B. Psychiater, Psychiatrische Institutsambulanzen, Psychotherapie, Sozialpsychiatrische Dienste, Krisen- und Notfalldienste. Und es gibt die stationäre Versorgung in einer Psychiatrischen Klinik, die bei der Entlassung und ambulanten Nachsorge auf oben genannte Dienste zurückgreift.

Krisenplan für Mitarbeiter

In jeder Institution, die mit psychisch kranken Menschen arbeitet, sollte den Mitarbeiterinnen ein Ablaufschema bekannt sein. An dem Ablaufschema können sich Fachkräfte orientieren, wenn ein Klient in eine suizidale Krise gerät. Mitarbeitern sollte klar sein, wie sie im Krisenfall oben beschriebenes Notfallsystem nutzen, wen sie anrufen und um Hilfe bitten können. Beispielsweise sollte ein Gruppenleiter einer WfbM wissen, auf wen er zugeht, wenn einer seiner Mitarbeiter in einer Krise ist. In der Regel kann er das Krisenmanagement nicht selbst übernehmen, da er für weitere Mitarbeiter in der Arbeitsgruppe zuständig ist. In einer WfbM ist in der Regel der Sozialdienst für das Krisenmanagement zuständig. Im Notfall übernimmt er das weitere Management und entscheidet, welche ambulante oder stationäre Institution hinzugezogen wird.

BEISPIEL

Eine Mitarbeiterin im Betreuten Wohnen erfährt bei einem Hausbesuch, dass sich einer ihrer Klienten gerade in einer akuten suizidalen Krise befindet. Sie muss vor Ort die Einschätzung und das weitere Management selbst vornehmen. Sie muss klären und entscheiden, was sie selbst anbieten kann und welche weiteren Institutionen mit einbezogen werden. Gibt es eine besondere Krisenhilfe am Wochenende? Ist ein kurzer Klinikaufenthalt zur Überbrückung des Wochenendes erforderlich? ✕

Es wirkt sehr entlastend für alle Mitarbeiter, wenn sie in Krisen wissen, welche Zuständigkeit sie haben und an wen sie sich wenden können, um Rat und Unterstützung zu erhalten. Falls Sie in

Ihrer Einrichtung noch keinen Krisenplan haben, regen Sie bei Ihren Vorgesetzten einen an!

Dokumentation

Alle Beteiligten müssen über die aktuelle Suizidgefährdung der ihnen anvertrauten Klienten informiert sein. Informationen sollten sowohl in mündlicher Form in Übergabebesprechungen ausgetauscht, als auch in schriftlicher Form dokumentiert werden. Die Einschätzung der Suizidalität und die daraus abgeleiteten Schlussfolgerungen müssen dokumentiert werden. Dabei gelten je nach Behandlungsrahmen in Klinik und ambulantem Setting unterschiedliche Anforderungen und Bedingungen.
Die Dokumentation suizidaler Krisen ist sehr institutions- und kontextabhängig. Die folgenden Hinweise zur Dokumentation beziehen sich auf einen klinischen Behandlungsrahmen (Wedler u.a. 1995, zitiert nach Eink & Haltenhof 2009, S. 98):
» 1. offenes, direktes und ernstnehmendes Nachfragen nach Suizidalität bei Aufnahme und jeglichem Verdacht von Krise, Belastung, Verschlechterung (Ruhe- oder Todeswünsche, Suizidideen, -absichten, -pläne mit Handlungsdruck, Suizidanamnese; jetzige Einstellung unter therapeutischer Situation: persönliche Hoffnung für sich);
2. Eintrag ins Krankenblatt und stationsinternes Dokumentations- bzw. Informationssystem (eindeutige Formulierungen), schriftliche und mündliche Information mit Betreuungs- und Behandlungskonsequenz (z.B. Einzelbetreuung, Einbindung in Gruppenaktivität, konstante Bezugsperson, zusätzlich sedierende Psychopharmaka, Gesprächstermine, Ausgangsregelung);
3. suizidale Äußerungen, Ankündigungen, Handlungen müssen dokumentiert und allen Mitarbeitern bekannt sein;
4. klare Absprachen, was bei suizidaler Krise eines Patienten, Entweichung oder Entfernung eines suizidalen Patienten zu geschehen hat (Besprechung im Team, Suche auf Station, im Haus, Klinikumfeld, Polizei informieren etc.);
5. Eintrag ist auch notwendig, wenn ein vorher suizidaler Patient nicht mehr suizidal ist und deswegen veränderte Ausgangsregelungen angeordnet werden;
6. nach Suizid (auch bei Versterben nach Verlegung in eine organmedizinische Klinik) sorgfältige Dokumentation von präsuizidalem Ablauf;

7. in jeder Klinik sollte grundsätzlich die Möglichkeit zu angst- und schuldfreiem Besprechen suizidalen Geschehens gegeben sein und es sollte ein fortlaufendes Dokumentationssystem für Suizide bestehen. «

Leitfaden für Gespräche mit suizidgefährdeten Menschen

Das Gespräch mit suizidgefährdeten Menschen sollte sehr aufmerksam, respektvoll und offen geführt werden. Nachfolgender Leitfaden sollte nicht im Sinne einer Checkliste abgearbeitet werden, sondern nur als Orientierungs- und Klärungshilfe dienen, um das Gespräch zu lenken.
Es müssen nicht alle Themen angesprochen werden. Am Ende des Gespräches sollte eine klare Einschätzung der Suizidalität gemacht werden und eine klare Vereinbarung getroffen werden.

Download Leitfaden für Gespräche mit suizidgefährdeten Menschen

Suizidhinweise und aktuelle Situation

- Suizidhinweise wahrnehmen.
- Hinweise aufgreifen, aktiv Kontakt suchen und Suizidgedanken ansprechen.
- Auftreten von suizidalen Gedanken, Impulsen und Plänen schildern lassen, Häufigkeit und Zeitpunkt des Auftretens erfragen: Wie konkret sind die Suizidpläne?
- Besteht eine innere Distanz zu den Gedanken und Impulsen oder ist der innere Druck so ausgeprägt, dass keine Distanzierung mehr möglich ist?
- Wer weiß von den Gedanken und Plänen? Wie war die soziale Reaktion darauf?
- Welche auslösenden Situationen liegen vor? Ängste, Enttäuschungen, Kränkungen etc. schildern lassen. Liegt ein Versagen vor?
- Löst die Situation ein grundlegendes Gefühl von Abgelehntsein, Nicht-erwünscht-Sein, Im-Stich-gelassen-Werden aus?
- Gab es bereits früher Suizidversuche? Was war die auslösende Situation? Gibt es Ähnlichkeiten zur jetzigen Situation?
- Wie ist das körperliche (Schlafen, Essen, Beschwerden) und seelische (vorrangiges Gefühl, psychische Symptome, Realitätsempfinden) Befinden?

- Wie sind die Lebensumstände: Beruf, Finanzen, Partnerschaft, Familie?

Ressourcen und Unterstützungssystem

- Fähigkeiten und Ressourcen des Klienten wahrnehmen, bestätigen, unterstützen, suchen, Verwirklichung anregen.
- Soziale Unterstützung: Wer kann unterstützend wirken? Wie? (Angehörige, Freunde)
- Professionelles Unterstützungsnetz: Wer sollte informiert und mit einbezogen werden in die Krisenintervention?
- Wie ist der Kontakt/die Beziehung zum Berater?
- Was könnte dem Klienten helfen? Was ist sein Bedürfnis? Was müsste anders werden?

Krisenmanagement

- Was braucht der Klient unmittelbar?
  - Krisenmanagement.
  - für sich Gutes tun.
  - Problembearbeitung.
  - Was braucht der Klient mittelfristig?
  - Wie verlief das Gespräch für den Klienten?
  - Wie fühlt er sich jetzt?
- Zusammenfassender Kommentar des Beraters, Zusammenfassung des Betroffenen.
- Terminvereinbarung, Besprechung des weiteren Vorgehens, Erreichbarkeit des Beraters bzw. des Krisendienstes, falls
  - sich das Befinden des Klienten in der Zwischenzeit verändert;
  - sich der Klient in der Zwischenzeit für einen Suizid entscheidet;
  - der Klienten Aktivitäten zur Vorbereitung eines Suizids aufnimmt.
- Möglichkeiten zu telefonischem Kontakt anbieten und fix vereinbaren.
- Stationäre Aufnahme:
  - als Schutz vor sich selbst, wenn Klient nicht sicher ist und die akute Gefahr einer Suizidhandlung besteht.
  - wenn es Beratern nicht möglich ist, Kontakt zu bekommen.
  - wenn eine Distanzierung vom sozialen Umfeld sinnvoll und notwendig ist.
  - wenn das soziales Umfeld eher schädigend wirkt und die Suizidgefahr erhöht.

- Einbeziehung eines Arztes (Psychiaters) zur diagnostischen Abklärung unklarer psychischer Probleme bei unterschiedlichen Störungen wie z. B. Psychosen, Suchtproblemen, phasenhaftem Verlauf von affektiven Störungen.

Mit zwei Augen sieht man besser

BEISPIELE

Martina beobachtete neidisch, wie eine Mitbewohnerin sich immer wieder an den Armen ritzte, sodass sie von den Betreuerinnen versorgt werden musste. Vor allem war sie verärgert darüber, dass ihre Mitbewohnerin so viel Zuwendung und Fürsorge bekam und sie nicht. Sie beschloss, sich nun auch wieder mehr zu ritzen und sich oberflächliche Wunden zuzufügen, wenn es ihr schlecht ging. Und tatsächlich – es funktionierte viel besser, als um ein Gespräch zu bitten. Die Pflegekräfte und das Betreuungspersonal nahmen sich mehr Zeit und beachteten sie wieder viel mehr.

Sven ist ein sehr motivierter Gruppenleiter. Er engagiert sich sehr für seine Mitarbeiter. Doch mit Herrn Bär hat er so seine Schwierigkeiten. Sven hat festgestellt, je mehr er auf seine Fragen und Unsicherheiten eingeht, desto unsicherer wird Herr Bär und desto mehr Rückfragen kommen. Er weiß, dass Herr Bär unter Zwängen leidet. Er hat beschlossen, die Supervision zu nutzen, weil er spürt, dass er auf die Fragen von Herrn Bär gereizter und ungeduldiger reagiert.

In der Alltagsbegleitung von psychisch kranken Menschen kann es schnell passieren, dass wir gut gemeint und unabsichtlich bestimmte Symptome verstärken und uns in deren Probleme verstricken. Bei Martina, einer Borderline-Betroffenen, wurde durch starke Zuwendung eher das selbstverletzende Verhalten verstärkt, und bei Herrn Bär hat sich der Gruppenleiter Sven in die Zwangs- und Unsicherheitsthematik verstrickt. Wir fühlen uns dann hilflos und unzufrieden, weil wir merken, dass unser Verhalten zwar gut gemeint, aber nicht sonderlich hilfreich für die Betroffenen ist. Wenn diese Phasen länger andauern, wird aus dieser diffusen Unzufriedenheit mitunter Ärger auf die Betroffenen. Dies kann dann zu einer weiteren Aufschaukelung von Symptomen oder dem Abbruch der Beziehung bzw. der Maßnahme führen.
In diesen Phasen ist es besonders wichtig, innezuhalten und kollegiale Beratung oder Supervision in Anspruch zu nehmen.
Störungsspezfisches Wissen kann dann sehr praktisch und hilfreich sein. Symptome, Verstrickungen und Teufelskreise lassen sich besser verstehen. Man kann sachlicher und professioneller damit umgehen. Ein Team kann sich dann wieder darauf besinnen, dass alle z. B. darauf achten, selbstverletzendes Verhalten nicht durch Zuwendung zu belohnen und dadurch dafür zu sorgen, dass es häufiger auftritt. Menschen mit Zwängen können davon profitieren, wenn Fachkräfte sie bewusst Schritt für Schritt mit Unsicherheit konfrontieren und nicht alle Fragen und Rückversicherungen beantworten, wenn sie ihre Autonomie fördern und sie bewusst vor Entscheidungen stellen.
Gleichzeitig ist es ungemein wichtig, nicht nur die kranken Seiten von betroffenen Menschen zu sehen. Es ist sehr einseitig, wenn wir nur noch durch die pathologische Brille schauen, immer nur sehen, was nicht funktioniert, und lediglich Diagnosen, Störungen und Krankheitsbilder im Kopf haben.
Deshalb sollte diese Sicht auf die psychische Erkrankung immer ergänzt werden durch den Blick für die Stärken, für die Ressourcen, die Kraftquellen und gesunden Anteile.
Ganz oft liegen die Chancen der Betroffenen nicht im Bereich der Störungen, sondern im Bereich der Ressourcen und Interessen.

BEISPIEL

Wieder einmal muss Thomas von seinem Ergotherapeuten geweckt werden. Einmal mehr hat er verschlafen und ist nicht zur Ergotherapie erschienen. Einmal mehr fragen sich alle Beteiligten: Macht diese Rehabilitationsmaßnahme noch Sinn, wenn Thomas nicht an den Therapieangeboten teilnimmt? Ratlos bleibt der Ergotherapeut im Zimmer von Thomas stehen. Es wäre schade, wenn Thomas weiterhin die meisten Angebote verschläft, dann müsste er bald entlassen werden, denkt er. Zufällig entdeckt er zwischen Socken und ungewaschenen T-Shirts eine Fahrradzeitschrift, die auf dem Boden liegt. »Interessieren Sie sich für Fahrräder?«, fragt er Thomas. »Na ja, früher war ich viel mit dem Fahrrad unterwegs und bin Mountainbike gefahren, aber seitdem ich krank bin, läuft nicht mehr viel.« Der Ergotherapeut hört das zum ersten Mal. »Wir haben eine kleine Fahrradwerkstatt. Würden Sie lieber Fahrräder reparieren als in die Ergotherapie zu gehen?« Thomas ist von der Frage sichtlich überrascht: »Na ja, das würde mich schon mehr interessieren als die Holzarbeiten.«
Thomas kommt zwar immer noch nicht pünktlich, aber er erscheint zunehmend häufiger und länger in der Fahrradwerkstatt.

In den Fragen nach den Interessen, Zielen und Wichtigkeiten liegen häufig die Antworten und Ansätze für die Wege aus der Krankheit

und hin zur Genesung. Die Ressourcen der Klienten sind allzu oft vergraben oder verschüttet. Das erfordert eine Bereitschaft von Mitarbeitern und Klienten, sich auf die Suche zu machen und neue Wege zu erkunden.

BEISPIEL So ergeht es auch Thomas. Zufällig entdeckte der Ergotherapeut ein früheres Hobby. Thomas nutzt die Rehamaßnahme von jetzt an ganz anders. Er hat wieder an etwas Interesse. Er hat einen Grund, aufzustehen. Auch wenn das weiterhin schwerfällt und oft misslingt. Er fängt an, sich kleine Ziele zu stecken. Er freut sich darauf, ein eigenes Fahrrad aus alten Teilen zusammenzubasteln. Er ist begeistert von technischen Details wie den neuen Scheibenbremsen oder besonderen Schaltzügen. Er interessiert sich sogar dafür, ein Praktikum bei einem Zweiradmechaniker zu machen, um noch mehr über Fahrradmontieren zu lernen.

Lernen Sie, mit beiden Augen zu sehen, sehen Sie das Sowohl-als-auch, nehmen Sie die kranken und gesunden Anteile in den Blick. Lassen Sie sich nicht in die pathologischen Teufelskreise verstricken und stärken Sie gleichzeitig die Ressourcen und Möglichkeiten. Dann können Genesungsprozesse wirksam gefördert und begleitet werden.
Patricia DEEGAN (1996, S. 13, zitiert nach AMERING & SCHMOLKE 2012), eine Vertreterin der amerikanischen Recovery-Bewegung, formuliert es so: »Recovery bedeutet oft eine Transformation des Selbst, bei der man sowohl eigene Grenzen akzeptiert, als auch eine neue Welt von Möglichkeiten entdeckt. Darin liegt das Paradox von Recovery: Indem man akzeptiert, was man nicht tun oder nicht sein kann, beginnt man zu entdecken, wer man sein und was man tun kann.«

Anhang

Literaturtipps

GREVE, N.; OSTERFELD, M.; DIEKMANN, B. (2012): Umgang mit Psychopharmaka. Bonn.

Bei Psychosen

BÄUML, J. (2008): Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Ein Ratgeber für Patienten und Angehörige. Heidelberg.
BÄUML, J.; PITSCHEL-WALZ, G. (2003): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Stuttgart.
BOCK, T. (2010): Umgang mit psychotischen Patienten. Bonn.
BOCK, T. (2010): Eigensinn und Psychose. »Noncompliance« als Chance. Neumünster.
BOCK, T.; BUCK, D.; ESTERER, I. (2007): Stimmenreich. Mitteilungen über den Wahnsinn. Bonn.
FINZEN, A. (2011): Schizophrenie. Die Krankheit verstehen, behandeln, bewältigen. Bonn.
KNUF, A.; GARTELMANN, A. (Hg.) (2009): Bevor die Stimmen wiederkommen. Vorsorge und Selbsthilfe bei psychotischen Krisen. Bonn.
LAUVENG, A.; FRAUENLOB, G. (2010): Morgen bin ich ein Löwe. Wie ich die Schizophrenie besiegte. München.
ROMME, M.; ESCHER, S. (2008): Stimmenhören verstehen. Der Leitfaden zur Arbeit mit Stimmenhörern. Bonn.

DVD

KALM, J.; STRIGNITZ, T. (2007): Raum 4070. Psychosen verstehen. Bonn.

Bei Depressionen

BISCHKOPF, J. (2009): So nah und doch so fern. Mit depressiv erkrankten Menschen leben. Bonn.

GIGER-BÜTLER, J. (2011): Endlich frei. Schritte aus der Depression. Weinheim.
GIGER-BÜTLER, J. (2011): Sie haben es doch gut gemeint. Depression und Familie. Weinheim.
GÖRLITZ, G. (2010): Selbsthilfe bei Depression. Stuttgart.
HAUTZINGER, M. (2006). Ratgeber Depression. Informationen für Betroffene und Angehörige. Göttingen.
JOHNSTONE, M. (2008): Mein schwarzer Hund. Wie ich meine Depression an die Leine legte. München.
KLEIN, S. (2002): Die Glücksformel oder wie die guten Gefühle entstehen. Reinbek.
PITSCHEL-WALZ, G. (2003): Lebensfreude zurückgewinnen. Ratgeber für Menschen mit Depressionen und deren Angehörige. München.
RIECKE-NIKLEWSKI, R.; NIKLEWSKI, G. (2010): Depressionen überwinden. Niemals aufgeben! Berlin.
WITTCHEN, H.-U. (2002): Wenn Traurigkeit krank macht. Depressionen erkennen, behandeln und überwinden. München.
WOLFERSDORF, M. (2011): Depressionen verstehen und bewältigen. Heidelberg.

Bei Bipolaren Erkrankungen

BOCK, T. (2009): Achterbahn der Gefühle. Mit Manie und Depression leben lernen. Bonn.
BOCK, T., KOESLER, A. (2005): Bipolare Störungen. Manie und Depression verstehen und behandeln. Bonn.
BRÄUNIG, P. (2009): Leben mit bipolaren Störungen. Manisch-depressiv: Wissen, das Ihnen gut tut. Antworten auf die 200 meist gestellten Fragen. Stuttgart.
RAMIREZ BASCO, M. (2010): Manie und Depression. Selbsthilfe bei Bipolaren Störungen. Bonn.

Bei Persönlichkeitsstörungen

JACOB, G.; VAN GENDEREN, H.; SEEBAUER, L. (2011): Andere Wege gehen. Lebensmuster verstehen und verändern – ein Schematherapeutisches Selbsthilfebuch. Weinheim.
LELORD, F.; ANDRÉ, C.; PANNOWITSCH, R. (2009): Der ganz normale Wahnsinn. Vom Umgang mit schwierigen Menschen. Berlin.

OLDHAM, J.M.; MORRIS, L.B. (2010): Ihr Persönlichkeits-Portrait: warum Sie genau so denken, lieben und sich verhalten, wie Sie es tun. Magdeburg.
ROEDIGER, E. (2010): Raus aus den Lebensfallen! Das Schematherapie-Patientenbuch. Paderborn.
SACHSE, R. (2004): Selbstverliebt, aber richtig. Paradoxe Ratschläge für das Leben mit Narzissten. Stuttgart.
SACHSE, R. (2012): Persönlichkeitsstörungen verstehen. Zum Umgang mit schwierigen Klienten. Bonn.
STAVEMANN, H.H. (2011): ... und ständig tickt die Selbstwertbombe: Selbstwertprobleme erkennen und lösen. Weinheim.
YOUNG, J.E.; KLOSKO, J.S. (2006): Sein Leben neu erfinden. Wie Sie Lebensfallen meistern. Paderborn.

Bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung

KNUF, A. (Hg.) (2010). Gesundung ist möglich. Borderline Betroffene berichten. Bonn.
KNUF, A. (Hg.) (2011): Leben auf der Grenze. Erfahrungen mit Borderline. Bonn.
KNUF, A.; TILLY, C. (2005): Borderline: Das Selbsthilfebuch. Bonn.
MASON, P.T.; KREGER, R. (2011): Schluss mit dem Eiertanz. Für Angehörige von Menschen mit Borderline. Bonn.
MCKAY, M.; WOOD, J.; BRANTLEY, J. (2008): Starke Emotionen meistern. Dialektische Verhaltenstherapie in der Praxis. Wege zu mehr Achtsamkeit und einer besseren Beziehungsfähigkeit. Paderborn.
RAHN, E. (2010). Borderline. Verstehen und bewältigen. Bonn
RAHN, E. (2011): Umgang mit Borderline-Patienten. Bonn.
SCHÄFER, U.; RÜTHER, E.; SACHSSE, U. (2010): Borderline-Störungen. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige. Göttingen.
SCHMAHL, C.; STIGLMAYR, C. (2008) (Hg.): Selbstverletzendes Verhalten bei stressassoziierten Erkrankungen. Stuttgart.
SENDERA, A.; SENDERA, M. (2007): Skills-Training bei Borderline- und Posttraumatischer Belastungsstörung. Wien.
SENDERA, A.; SENDERA, M. (2009): Borderline – Die andere Art zu fühlen: Beziehungen verstehen und leben. Wien.

Bei einer Angststörung

SCHMIDT-TRAUB, S. (2008): Generalisierte Angststörung. Ein Ratgeber für übermäßig besorgte und ängstliche Menschen. Göttingen.
SCHMIDT-TRAUB, S. (2008): Angst bewältigen. Selbsthilfe bei Panik und Agoraphobie. Heidelberg.
BASSET, L.; TERWORT, N. (2011): Angstfrei leben: Das erfolgreiche Programm gegen Stress und Panik. Weinheim.
DOMBROWSKI, H.-U. (2001): Angst erfolgreich überwinden. München.
PEURIFOY, R. Z. (2006): Angst, Panik und Phobien. Ein Selbsthilfe-Programm. Bern.
HOYER, J.; BEESDO, K.; BECKER, E. S. (2007): Ratgeber Generalisierte Angststörung. Informationen für Betroffene und Angehörige. Göttingen.

Bei einer Zwangsstörung

ALTHAUS, D.; NIEDERMEIER, N.; NIESCKEN, S. (2008): Zwangsstörungen. Wenn die Sucht nach Sicherheit zur Krankheit wird. München.
BAER, L. (2010): Der Kobold im Kopf. Die Zähmung der Zwangsgedanken. Bern.
BENKERT, O.; LENZEN-SCHULTE, M. (2004): Zwangskrankheiten. Ursachen, Symptome, Therapien. München.
ECKER, W. (1999): Die Krankheit des Zweifelns. Wege zur Überwindung von Zwangsgedanken und Zwangshandlungen. München.
FRICKE, S.; HAND, I. (2012): Zwangsstörungen verstehen und bewältigen. Bonn.
HOFFMANN, N.; HOFMANN, B. (2011): Wenn Zwänge das Leben einengen. Heidelberg.
LAKATOS, A.; REINECKER, H. (2007): Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen. Ein Therapiemanual. Göttingen.
MORITZ, S. (2010): Erfolgreich gegen Zwangsstörungen. Metakognitives Training. Denkfallen erkennen und entschärfen. Heidelberg.
NOCK, L. (2008): Das Krankheitsbild der Zwangsstörung aus Sicht der Klinischen Sozialarbeit. Berlin.

OELKERS, C.; HAUTZINGER, M.; BLEIBEL, M. (2007): Zwangsstörungen. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual. Weinheim.
REINECKER, H. (2009): Zwangshandlungen und Zwangsgedanken. Göttingen.
WEWETZER, C. (2004): Zwänge bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen.

Traumasensibilität

EIDMANN, F. (2009): Trauma im Kontext. Integrative Aufstellungsarbeit in der Traumatherapie. Göttingen.
FISCHER, G.; RIEDESSER P. (2009) Lehrbuch der Psychotraumatologie. Stuttgart
HANSWILLE, R.; KISSENECK, A. (2008) Systemische Traumatherapie. Konzepte und Methoden für die Praxis. Heidelberg.
HERMAN, J. L. (2006) Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. Paderborn.
REDDEMANN, L.; DEHNER-RAU, C. (2007) Trauma. Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen: Ein Übungsbuch für Körper und Seele. Stuttgart.
REDDEMANN, L. (2003) Imagination als heilsame Kraft. Stuttgart.
SACHSSE, U. (Hg.) (2009): Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik und Praxis. Stuttgart.

Bei suizidalen Krisen

DORRMANN, W. (2011): Suizid. Therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsabsichten. Stuttgart.
EINK, M.; HALTENHOF, H. (2012): Umgang mit suizidgefährdeten Menschen. Bonn.
RUPP, M. (2011): Psychiatrische Krisenintervention. Bonn.
WOLFERSDORF, M. (2000): Der suizidale Patient in Klinik und Praxis. Suizidalität und Suizidprävention. Stuttgart.

Literaturverzeichnis

Abramson, L. Y.; Metalsky, G. I.; Alloy, L. B. (1989): Hopelessness Depression. A Theory-Based Subtype of Depression. In: Psychological Review, 2, S. 358–372.
Aldenhoff, J. B. (1997): Überlegungen zur Psychologie der Depressionen. In: Nervenarzt, 68, S. 379–389.
Alsleben, H.; Weiss, A.; Rufer, M. (2003). Psychoedukation bei Angst- und Panikstörungen. Manual zur Leitung von Patienten und Angehörigengruppen. München.
Amering, M.; Schmolke, M. (2012): Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. Bonn.
Arolt, V.; Wesselmann, U. (2010): Psychotherapie depressiver Erkrankungen. In: Arolt,V.; Kersting, A. (Hg.): Psychotherapie in der Psychiatrie. Heidelberg, S. 137–162.
Arolt, V.; Kersting, A. (Hg.) (2010): Psychotherapie in der Psychiatrie. Heidelberg.
Bassler, M. (2010): Angsterkrankungen. In: Arolt, V.; Kersting, A. (Hg.): Psychotherapie in der Psychiatrie. Heidelberg, S. 215–246.
Bassler, M.; Leidig, S. (2005): Psychotherapie der Angsterkrankungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend. Stuttgart.
Bäuml, J. (Hg.) (2008): Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Heidelberg.
Beck, A. T.; Hautzinger, M.; Bronder, G.; Stein, B. (2001): Kognitive Therapie der Depression. Weinheim.
Berking, M. (2008): Training emotionaler Kompetenzen. Heidelberg.
Blum, N. S.; Bartels, E.; St. John, D.; Pfohl, B. M. (2009): STEPPS. Das Trainingsprogramm bei Borderline. Emotionale Krisen bewältigen, Probleme lösen, Alltag gestalten, Beziehungen aufbauen. Trainer Handbuch. Bonn.
Bock, T. (2005): Achterbahn der Gefühle. Mit Manie und Depression leben lernen. Bonn.
Bock, T. (2010): Wie gesund ist krank? Anthropologische Aspekte psychischer Erkrankungen und ihre Bedeutung für die Suizidprophylaxe. In: Suizidprophylaxe, 37, S. 50–55.
Bock, T.; Koesler, A. (2005): Bipolare Störungen verstehen und behandeln. Bonn.
Bohus, M. (2002): Borderline- Störung. Göttingen.

Bohus, M.; Wolf, M. (2009): Interaktives Therapieprogramm für Borderline- Patienten. Therapeuten Version. Stuttgart.
Chamberlin, J. (2007): Empowerment – eine Arbeitsdefinition von Betroffenenseite. In: Knuf, A.; Osterfeld, M.; Seibert, U. (2007): Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit. Bonn, S. 20–27.
Ciompi, L.; Dauwalder, H.-P.; Agu, C. (1979): Ein Forschungsprogramm über die Rehabilitation psychisch Kranker. III. Längsschnittuntersuchung zum Rehabilitationserfolg und zur Prognostik. In: Der Nervenarzt, 50, S. 366–378.
Ciompi, L. (1989): Affektlogik: über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung. Stuttgart.
Dauwalder, H.-P.; Ciompi, L.; Aebi, C.; Hubschmied, I. (1984): Ein Forschungsprogramm zur Rehabilitation psychisch Kranker IV. Untersuchung zur Rolle von Zukunftserwartungen bei chronisch Schizophrenen. In: Nervenarzt, 55, S. 257–264.
De Shazer, S. (1995): Wege der erfolgreichen Kurztherapie. Stuttgart.
Deegan, P. (1996): Recovery as a journey of the heart. In: Psychiatric Rehabilitation Journal, 19 (3), S. 91–98.
Dorrmann, W. (1996): Suizid. Therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsabsichten. München.
Eink, M.; Haltenhof, H. (2009): Umgang mit suizidgefährdeten Menschen. Bonn.
Fiedler, P. (2003): Persönlichkeitsstörungen. Weinheim.
Finzen, A. (1997): Suizidprophylaxe bei psychischen Störungen. Prävention – Behandlung – Bewältigung. Bonn/Stuttgart.
Flatten, G. (2010): Traumatische Störungen. In Arolt, V.; Kersting, A. (Hg.). Psychotherapie in der Psychiatrie. Heidelberg, S. 335–354.
Flatten, G.; Gast, U.; Hofmann, A.; Wöller, W.; Reddemann, L.; Siol, T. (2004): Posttraumatische Belastungsstörungen – Leitlinien der AWMF und Quellentext. Stuttgart.
Fricke, S.; Hand, I. (2012): Zwangsstörungen verstehen und bewältigen. Bonn.
Greve, N.; Osterfeld, M.; Diekmann, B. (2012): Umgang mit Psychopharmaka. Bonn.
Haenel, T.; Pöldinger, W. (1986): Erkenntnis und Beurteilung der Suizidalität. In: Kisker, K. P. u. a. (Hg.): Psychiatrie der Gegenwart. Bd. 2. Berlin, S. 107–132.

Hammer, M. (2010): SBT: Stressbewältigungstraining für psychisch kranke Menschen. Ein Handbuch zur Moderation von Gruppen. Bonn.

Hammer, M. (2012): Das innere Gleichgewicht finden. Achtsame Wege aus der Stressspirale. Bonn.

Holma, K. M.; Holma, I. A.; Melartin, T. K.; Rytsälä, H. J., Isometsä, E. T. (2008): Long-term outcome of major depressive disorder in psychiatric patients is variable. In: J Clin Psychiatry, 69 (2), S. 196–205.

Hornung, W. P.; Terback, U. (2004): Zwänge überwinden. Ratgeber für Menschen mit Zwangsstörungen und deren Angehörige. München.

Jacobi, F.; Klose, M.; Wittchen, H.-U. (2004): Psychische Störungen in der Allgemein Bevölkerung. Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. In: Bundesgesundheitsbl. – Gesundheitsforsch.- Gesundheitsschutz, 47, S. 736–744.

Jensen, M.; Sadre-Chirazi-Stark, M.; Hoffmann, G. (2010): Diagnosenübergreifende Psychoedukation. Ein Manual für Patienten- und Angehörigengruppen. Bonn.

Kästner, E. (1988): Lyrische Hausapotheke. München.

Kessler, R. C.; Sonnega, A.; Bromet, E. u. a. (1995): Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. In: Arch Gen Psychiatry. 52, S. 1048–1060.

Klein, S. (2008): Die Glücksformel. Oder wie die guten Gefühle entstehen. Reinbek.

Knuf, A. (2004): Vom demoralisierenden Pessimismus zum vernünftigen Optimismus. Eine Annäherung an das Recovery-Konzept. In: Soziale Psychiatrie. 1, S. 38–41.

Knuf, A. (2007): Steine aus dem Weg räumen! Empowerment und Gesundheitsförderung in der Psychiatrie. In: Knuf, A.; Osterfeld, M.; Seibert, U.: Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit. Bonn, S. 42–55.

Kuhl, J.; Kazèn, M. (1997). PSSI. Persönlichkeitsstil- und Störungs-Inventar. Göttingen.

Lampe, A. (2006): Frauenspezifische Traumatisierungen. In: Reddemann, L. (Hg.): Psychotraumata. Primärärztliche Versorgung des seelisch erschütterten Patienten. Köln, S. 64–71.

Lewinsohn, P. M. (1974): A behavioral approach to depression. In: Friedman, R. J.; Katz, M. M. (Hg.): The psychology of depression. S. 157–178.

Lieberman, J. A. u. a. (2005): Effectiveness of Antipsychotic Drugs in Patients with Chronic Schizophrenia. In: New England Journal of Medicine, 353, S. 1209–1223.

Lysaker, P. H.; Beattie, N. L.; Straburger, A. M.; Davis, L. W. (2005): Reported history of child sexual abuse in schizophrenia: assoziations with heightened symptom levels and poorer participations over four months in vorcational rehabilitation. In: Journal of Nervous and Mental Disease, 193 (12), S. 790–795.

Mc Cullough, J. P. (2003): Treatment of chronic depression using Cognitive Behavioral Analysis System (CBASP). In: J. Clin. Psychol., 59 (8), S. 833–846.

Meyer, T. D. (2005): Psychoedukation und Selbstmanagement bei bipolar affektiven Störungen. In: Behrendt, B.; Schaub, A. (Hg.): Handbuch Psychoedukation und Selbstmanagement. Verhaltenstherapeutische Ansätze für die klinische Praxis. Tübingen, S. 209–246.

Möller, H.-J.; Laux, G.; Kapfhammer, H.-P. (Hg.) (2002): Psychiatrie und Psychotherapie. Heidelberg.

Moritz, S. (2010): Erfolgreich gegen Zwangsstörungen. Metakognitives Training – Denkfallen erkennen und entschärfen. Heidelberg.

Mowrer, O. H. (1947): On the dual nature of learning as a reinterpretation of ›conditioning‹ and ›problem-solving‹. In: Harvard Educational Review. 17, S. 102–148.

Mueser, K. T. u. a. (2004): Interpersonal Trauma and posttraumatic stress disorder in persons with severe mental illness: Demographic, clinical and health correlates. In: Schizophrenia Bulletin. 30 (1), S. 45–57.

Nuechterlein, K. H.; Dawson, M. E. (1984): A heuristic vulnerability-stress model of schizophrenic episodes. In: Schizophrenia Bulletin, 10 (2), S. 300–312.

Oldham, J. M.; Morris, L. B. (1995): The New Personality Self-Portrait. Why You Think, Work, Love and Act the Way You Do. New York.

Pitschel-Walz, G. (2003): Lebensfreude zurückgewinnen. Ratgeber für Menschen mit Depressionen und deren Angehörige. München.

Plößl, I.; Hammer, M. (2010). ZERA – Zusammenhang zwischen Erkrankung, Rehabilitation und Arbeit. Ein Gruppentrainingsprogramm. Bonn.

PÖLDINGER, W. (1968): Die Abschätzung der Suizidalität. Bern.
RAHN, E. (2008): Borderline verstehen und bewältigen. Bonn.
READ, J.; VAN OS, J.; MORRISON, A.P.; ROSS, C.A. (2005): Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. In: Acta Psychiatrica Scandinavia, 112 (5), S. 330–350.
REINECKER, H. (1994): Zwangshandlungen und Zwangsgedanken. In: REINECKER, H. (Hg.): Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Göttingen, S. 157–176.
REINECKER, H. (2009): Zwangshandlungen und Zwangsgedanken. Göttingen.
RENTROP, M.; REICHERZER, M.; BÄUML, J. (2006): Psychoedukation Borderline Störung. Manual zur Leitung von Patienten und Angehörigengruppen. München.
RIECHER-RÖSSLER, A. (2007): Basel Screening Instrument zur Früherkennung von Psychosen – BSIP –. Psychiatrische Universitätspoliklinik, UPK Basel, c/o Universitätsspital Basel, www.fepsy.ch, Stand 2.2.2012.
RINGEL, E. (1953): Der Selbstmord. Abschluss einer krankhaften Entwicklung. Wien.
ROMME, M.; ESCHER, S. (2008): Stimmenhören verstehen. Der Leitfaden zur Arbeit mit Stimmenhören. Bonn.
RUF, G.D. (2005): Systemische Psychiatrie. Ein Ressourcenorientiertes Lehrbuch. Stuttgart.
SACHSE, R. (2006): Persönlichkeitsstörungen verstehen. Zum Umgang mit schwierigen Klienten. Bonn.
SACK, M. (2010): Schonende Traumatherapie. Ressourcenorientierte Behandlung von Traumafolgestörungen. Stuttgart.
SALKOVSKIS, P.M.; WARWICK, H.M. (1988): Cognitive therapy of obsessive- compulsive disorder. In: PERRIS, C.; BLACKBURN, I.M.; PERRIS, H.: Cognitive Therapy. Theory and Practice. Heidelberg.
SCHÄFER, I. (2008): Traumatisierungen bei psychisch erkrankten Menschen - welche Konsequenzen ergeben sich für das Hilfesystem? In: Perspektive Rehabilitation, S. 32–44.
SCHÄFER, I. (2009): Traumasensible Therapie bei psychosekranken Menschen. In: Die Kerbe – Forum für Sozialpsychiatrie, 27, S. 35–38.
SCHAUB, A. (1993): Formen der Bewältigung schizophrener Erkrankung. Frankfurt a.M.
SCHMITT, T. (2008): Das soziale Gehirn. Bonn.

SEGAL, Z.V.; WILLIAMS, J.M.G.; TEASDALE, J.D. (2002): Mindfulness-based cognitive therapy for depression. A new approach to preventing relapse. New York.
SELIGMAN, M.E.; ROCKSTROH, B. (2000). Erlernte Hilflosigkeit. Weinheim.
SHEAR, M.K. u.a. (1993): A psychodynamic model of panic disorder. In: Am J Psychiatry, 150, S. 859–866.
SIEGEL, J.D. (2006): Wie wir werden die wir sind. Neurobiologische Grundlagen subjektiven Erlebens und die Entwicklung des Menschen in Beziehung. Paderborn.
SONNECK, G. (2000): Krisenintervention und Suizidverhütung. München.
Statistisches Bundesamt Deutschland (2012): Gestorbene: Deutschland, Jahre, Todesursachen, Geschlecht. Statistik 23211-0004, abgerufen am 23.1.2012.
Statistisches Bundesamt Deutschland (2011): Pressemitteilung Nr. 354 vom 23.09.2011, http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2011/09/PD11__354__232,templateId=renderPrint.psml, Stand 13.1.2012.
TERR, L. (1991): Childhood traumas: An outline and overview. In: American Journal of Psychiatry, 148, S. 10–20.
VODERHOLZER, U.; KÜLZ, A.K. (2010): Störungsspezifische Psychotherapie der Zwangserkrankung. In: AROLT, V.; KERSTING, A. (Hg.): Psychotherapie in der Psychiatrie. Heidelberg, S. 269–290.
WEDLER, H.-L.; REIMER, C.; WOLFERSDORF, M. (1995): Suizidalität. In: FAUST, V. (Hg.): Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung. Stuttgart, S. 417–420.
WILMS, B.; WILMS, H.-U. (2008): Meine Angst – eine Krankheit? Bonn.
WITTCHEN, H.-U. (1997): Wenn Angst krank macht. Störungen erkennen, verstehen und behandeln. München.
WOLFERSDORF, M. (1995): Bedeutung und Funktion der Telefonseelsorge im Rahmen psychosozialer Versorgung. In: WIENERS, J. (Hg.): Handbuch der Telefonseelsorge. Göttingen, S. 171–188.
WOLFERSDORF, M. (2000): Der suizidale Patient in Klinik und Praxis. Suizidalität und Suizidprävention. Stuttgart.
WOLFERSDORF, M.; PURUCKER, M.; FRANKE, C. (2010): Krisenintervention und Suizidprävention. In: AROLT, V.; KERSTING,

A. (Hg.): Psychotherapie in der Psychiatrie. Welche Störung behandelt man wie? Heidelberg, S. 444–465.

Yalom, I.D. (1975): The theory and practice of group psychotherapy. New York.

Young, J.E.; Klosko, J.S.; Weishaar, M.E. (2008): Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch. Paderborn.

Zanarini, M.C.; Frankenburg, F.R.; Dubo, E.D.; Sickel, A.E.; Trikha, A.; Levin, A. u.a. (1998): Axis I comorbidity of borderline personality disorder. In: Am. J. Psychiatry, 155, S. 1733–1739.

Zanarini, M.C. (2000): Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. In: Psychiatric Clinics of North America, 23 (1), S. 89–101.

Zanarini, M.C.; Frankenburg, F.R.; Hennen, J.; Reich, D.B.; Silk, K.R. (2006): Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. Am. J. Psychiatry, 163, S. 827–832.

Zäske, H.; Cleveland, H.-R.; Gaebel, W. (2010): Die Semantik des Begriffs »Schizophrenie« und das damit verbundene Stigma. In: Kerbe, 4, S. 26–28.

Zubin, J.; Spring, B. (1977): Vulnerability – a new view of schizophrenia. In: J Abnorm Psychol., 86, S. 103–126.

Reihe BASISWISSEN:

Die Basiswissen-Bücher bieten fundierte thematische Einführungen in psychiatrische Diagnosen und Berufsfelder. Sie geben einen schnellen und gezielten Überblick über den Umgang mit bestimmten Klientengruppen und die besonderen Herausforderungen des Arbeitsalltags. Daher ist die Reihe Basiswissen gut geeignet für Berufsanfänger, Quereinsteiger, aber auch für langjährig psychiatrisch Tätige, die ihr Wissen auf den neuesten Stand bringen möchten. Titel:

Thomas Bock: **Umgang mit psychotischen Patienten** | Burkhart Brückner: **Geschichte der Psychiatrie** | Astrid Delcamp: **Kontakt- und Begegnungsstätten für psychisch erkrankte Menschen** | Michael Eink, Horst Haltenhof: **Umgang mit suizidgefährdeten Menschen** | Christiane Haerlin: **Berufliche Beratung psychisch Kranker** | Petra Garlipp, Horst Haltenhof: **Umgang mit wahnkranken Menschen** | Jens Gräbener: **Umgang mit traumatisierten Patienten** | Andreas Knuf: **Empowerment in der psychiatrischen Arbeit** | Georg Kremer, Michael Schulz: **Motivierende Gesprächsführung in der Psychiatrie** | Malika Laabdallaoui, Ibrahim Rüschoff: **Umgang mit muslimischen Patienten** | Albert Lenz: **Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder** | Angela Mahnkopf: **Umgang mit depressiven Patienten** | Rolf Marschner: **Rechtliche Grundlagen für die Arbeit in psychiatrischen Einrichtungen** | Ewald Rahn: **Umgang mit Borderline-Patienten** | Manuel Rupp: **Psychiatrische Krisenintervention** | Hilde Schädle-Deininger: **Psychiatrische Pflege** | Cornelia Schaumburg: **Maßregelvollzug** | Gunda Schlichte: **Betreutes Wohnen** | Günther Schwarz: **Umgang mit demenzkranken Menschen** | Tilman Steinert: **Umgang mit Gewalt in der Psychiatrie** | Monika Stich: **Patientengruppen erfolgreich leitenn** | Larissa Wolkenstein, Martin Hautzinger: **Umgang mit bipolaren Patienten**

Jeder Band ca. 140–160 Seiten.
Mehr Informationen unter www.psychiatrie-verlag.de

